

Collection Med-Line →

**édition
2001-2002**

PSYCHIATRIE

Pierre Lévy-Soussan



Collection Med-Line →

dirigée par Serge Perrot

PSYCHIATRIE

Pierre Lévy-Soussan

This One



WG5Q-9YT-TSX5

EDITION ET DIFFUSION

Editions ESTEM

7, rue Jacquemont

75017 Paris

Tél. : 01 53 06 94 94

Fax : 01 53 06 95 00

E-mail : estem@wanadoo.fr

<http://www.medespace.com>

EDITION

Editions MED-LINE

12, rue du Texel

75014 Paris

Tél. : 01 43 21 04 00

Fax : 01 43 21 05 00

E-mail : inline75@aol.com

<http://www.med-line.fr>

Auteur :

Pierre Lévy-Soussan

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Assistant des Hôpitaux de Paris,

Praticien hospitalier

Docteur en Sciences de l'Université de Paris VI, Pierre et Marie Curie

Psychiatre, psychanalyste

Psychiatrie

ISBN 2 84371 094 4

ISBN 2 908 763 72 9

© 2001-2002 Éditions ESTEM, Éditions MED-LINE

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.

Préface

L'apprentissage de la psychiatrie est souvent perçu comme ardu, déarçonnant pour certains étudiants qui n'y retrouvent plus les repères habituels : signes cliniques, paracliniques, schémas thérapeutiques, résultats biologiques suggérant des clés diagnostiques ou physiopathologiques. Pour beaucoup il est difficile de concevoir ce que sont la douleur morale, la discordance, le maniérisme, l'autisme... Mais, en ce domaine comme ailleurs, la meilleure école est l'observation de la pathologie. Sans doute la psychiatrie, comme les autres spécialités, s'apprend-elle au lit du malade à la condition de posséder un « bagage » théorique initial suffisant.

L'interna doit effectivement avoir une connaissance précise de la séméiologie, des entités nosographiques et des principes thérapeutiques. Ainsi il pourra tirer tout le bénéfice de sa formation au cours des différents stages choisis. Plusieurs Manuels ou Précis de Psychiatrie sont à la disposition des étudiants qui rencontrent souvent une triple difficulté : comprendre un langage perçu comme peu accessible par son caractère technique, sentir la réalité de la maladie mentale et de ses multiples expressions, enfin retrouver le programme de l'internat et les réponses aux questions susceptibles d'être fournies au concours.

Ce livre prouve que la psychiatrie est accessible, qu'elle peut s'apprendre comme le reste de la médecine. Il existe certes un langage technique : celui-ci ne peut être transmis que précisément défini. Appris, ce langage permet de décrire avec rigueur les situations psychopathologiques auxquelles tout médecin est inévitablement confronté : savoir ce qu'est une réticence, en connaître les variétés séméiologiques; ou que sont la dissociation, la douleur morale, le ralentissement psychomoteur. Il faut féliciter Pierre Lévy-Soussan d'avoir accompli un effort rare d'exactitude et de pédagogie qui facilitera l'accès au langage de la séméiologie psychiatrique pour les non initiés.

La description des symptômes psychiques et des anomalies de personnalité doit être comprise de manière nuancée. Certes la pathologie peut se révéler par la caricature de traits ordinaires mais nulle manifestation prise isolément ne peut signer un état pathologique : elle ne prend sa valeur séméiologique qu'en fonction d'un environnement psycho-comportemental révélant les difficultés, les inadéquations, la souffrance de l'individu dans sa vie intime, affective et émotionnelle, relationnelle et sociale. Le futur interna doit savoir reconnaître chaque point séméiologique et surtout faire une synthèse de l'ensemble des premières données qui guide la suite de son examen, son diagnostic et enfin son choix thérapeutique. C'est cette capacité à appréhender l'ensemble des indices et des signes qui fonde l'art de notre métier. L'ouvrage de Pierre Lévy-Soussan est une contribution à cet apprentissage nécessairement théorique et pratique auprès du malade. On répète souvent qu'une des spécificités de la psychiatrie est l'absence de signes cliniques pathognomoniques. Il est vrai que dans cette discipline rien n'est possible sans prendre en compte l'ensemble individu-environnement tant d'un point de vue diachronique que synchronique.

Les grandes entités pathologiques sont systématiquement décrites dans cet ouvrage : définition, aspects cliniques, éléments diagnostiques, modalités évolutives, propositions thérapeutiques. A cette étape la compréhension devient plus simple, plus facilement accessible pour tout étudiant. L'intérêt de ce livre est de proposer une très belle synthèse des connaissances les plus actuelles, loin de tout a priori théorique, selon une démarche médicale pragmatique à double niveau : pour le concours d'abord, pour l'exercice de la profession ensuite.

Certains chapitres sont classiques : les états dépressifs, la schizophrénie, les troubles psychiques de la puerpéralité... D'autres doivent particulièrement être signalés : toxicomanie, alcoolisme, troubles des conduites alimentaires... Bref, une somme remarquable de toute la clinique psychiatrique avec les données les plus contemporaines. Même dans les chapitres en apparence les moins novateurs l'auteur a introduit les données cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques les plus modernes. C'est évidemment une qualité essentielle pour un livre destiné à la préparation de l'internat.

Le futur interna trouvera ici un guide pour acquérir le corpus théorique indispensable. Pierre Lévy-Soussan lui propose une aide dont il aurait tort de ne pas saisir l'opportunité.

En effet, Pierre Lévy-Soussan a déjà une large expérience de l'enseignement de la psychiatrie. Ancien Interne des Hôpitaux il est actuellement Chef de Clinique-Assistant dans le prestigieux Service Hospitalo-Universitaire de Santé Mentale et de Thérapeutique de l'Hôpital Sainte-Anne à Paris que nous avons l'honneur de diriger. Chacun sait que c'est depuis longtemps le lieu d'une école de psychiatrie d'où sont issus un grand nombre des psychiatres français les plus appréciés. Pierre Lévy-Soussan confirme par ce livre qu'il est un acteur remarquable au sein de ce lieu de soins, d'enseignement et de recherche. Son activité triple, d'enseignant, de clinicien et de chercheur, lui a donné une vision claire et didactique d'une discipline à laquelle il a décidé d'apporter une contribution décisive par le présent ouvrage.

Nous ne doutons pas qu'enseignants et étudiants salueront cette édition. Elle facilitera la préparation au concours de l'internat pour les uns, inspirera sans nul doute l'enseignement des autres. Nous souhaitons à chacun de tirer le bénéfice attendu de ce remarquable outil de travail. Nous remercions P. Lévy-Soussan d'avoir aussi brillamment rédigé ce livre.

Professeur Henri Léo et Professeur Jean-Pierre Olié
(Service Hospitalo-Universitaire, Hôpital Sainte-Anne, Paris)

La Collection MED-LINE

Conçue par des chefs de clinique et internes des hôpitaux, la Collection Med-Line propose aux étudiants en médecine une nouvelle série de manuels pour se préparer efficacement à l'internat et aux certificats du deuxième cycle d'études médicales.

Cette collection propose au total une quinzaine d'ouvrages abordant chacun une spécialité.

Actuellement les dossiers et QCM proposés au concours de l'internat en médecine nécessitent un savoir plus étendu en physiopathologie et plus précis en thérapeutique. De plus, la rationalisation de la prise en charge médicale exige une connaissance complète quant aux indications thérapeutiques exactes et la prescription des examens complémentaires.

Ni traités encyclopédiques, ni fiches trop succinctes, les ouvrages de la Collection Med-Line contiennent toutes les données nécessaires et suffisantes à la préparation du concours de l'internat. Une série pratique qui évitera à l'étudiant en médecine et au candidat au concours une quête inutile dans la constitution de son dossier d'internat.

Chaque manuel de la collection réserve une première partie à la physiopathologie, prenant en compte les données les plus récentes indispensables. Une seconde partie, centrée sur la description clinique, envisage la séméiologie de manière concise et comparative. Enfin une troisième et dernière partie essentielle, traite les explorations complémentaires et la thérapeutique de façon synthétique et actualisée.

Résolument clairs, pratiques, précis, les ouvrages de la Collection Med-Line sont adaptés au nouveau programme de l'internat et constituent l'outil de travail indispensable de l'étudiant en médecine.

Dr. Serge PERROT
Directeur de la Collection

A Michèle,

Je remercie tout particulièrement Jacques Postel et Madame Melinda Lecea, pour leur aide essentielle et leur gentillesse, pour m'avoir permis de connaître, puis d'accéder à la collection de livres, photos et gravures de la Bibliothèque Médicale de l'Hôpital Sainte-Anne, Paris.

Sommaire

EXAMEN ET SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUES

Chapitre 1	Examen psychiatrique	9
Chapitre 2	Sémiologie psychiatrique	13
Chapitre 3	Recueil des données anamnestiques	39
Chapitre 4	Test mentaux	43

PERSONNALITÉS PATHOLOGIQUES

Chapitre 5	Personnalités pathologiques	47
------------	-----------------------------	----

PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

Chapitre 6	États névrotiques	65
Chapitre 7	Troubles de l'humeur : États dépressifs	95
Chapitre 8	Troubles de l'humeur : État maniaque	127
Chapitre 9	États psychotiques : Psychoses non dissociatives	135
Chapitre 10	États psychotiques : Psychoses dissociatives : les schizophrénies	151
Chapitre 11	États psychotiques : Bouffée délirante aiguë	181
Chapitre 12	Syndrome confusionnel	189
Chapitre 13	Troubles des conduites alimentaires : Anorexie	209
Chapitre 14	Troubles des conduites alimentaires : Boulimie	217
Chapitre 15	Conduites alcooliques	223
Chapitre 16	Conduites toxicomaniaques	243
Chapitre 17	Troubles psychiques et puerpéralité	255

LÉGISLATION ET ASSISTANCE

Chapitre 18	Législation et assistance	261
-------------	---------------------------	-----

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE ET CONDUITE À TENIR

Chapitre 19	Syndrome délirant	271
Chapitre 20	Syndrome dépressif	277
Chapitre 21	Conduite suicidaire – idées suicidaires	279
Chapitre 22	État d'agitation	283
Chapitre 23	État anxieux	285
Chapitre 24	État stuporeux	287

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Chapitre 25	Neuroleptiques	289
Chapitre 26	Tranquillisants et hypnotiques	305
	Index	311
	Bibliographie	325

« Quand je lis quelque étude sur les fous, ou quand j'ai la mauvaise chance d'en rencontrer un, je dois effacer d'abord les apparences terribles ou ridicules, et retrouver l'homme. Or ce n'est pas difficile, dès que l'on a assez considéré l'incohérence et la faiblesse de nos rêveries errantes; dont nos rêves témoignent assez »

Alain, Propos.

Examen psychiatrique

- Il existe des principes généraux qui permettent de guider le praticien dans sa démarche diagnostique, puis thérapeutique. A ce titre, il faut souligner que l'examen psychiatrique n'est jamais neutre quant à la relation qui s'établit entre le médecin et le patient. Ainsi, l'examen psychiatrique se situe-t-il déjà comme un acte thérapeutique.
- Avant tout, il est important de se présenter au patient en sa qualité de médecin ou de médecin psychiatre. Tout subterfuge qui tendrait à dissimuler son identité ne peut que nuire à la relation de confiance qui doit s'instaurer entre le patient et le médecin.
 - . le premier temps de l'examen est un temps d'écoute non directif du discours spontané du patient. L'attitude d'écoute du psychiatre doit permettre au patient de se sentir libre d'exprimer sa pensée. Pendant ce premier temps, le médecin observe le patient, apprécie son aspect général, sa mimique, ses gestes et son comportement;
 - . le deuxième temps est plus directif. Le médecin pose les questions qui lui semblent importantes pour compléter sa démarche diagnostique. Le médecin éclaircit les points sémiologiques ou les données anamnestiques manquantes.
- L'examen somatique, en particulier neurologique, ne doit jamais être négligé.
- La démarche diagnostique consiste, ensuite, à regrouper les différents symptômes en un ou plusieurs syndromes psychiatriques : syndrome délirant, dépressif, anxieux, organique (confusionnel, démentiel), etc.
- Enfin, le clinicien conclut en faveur de l'un des diagnostics correspondants au(x) syndrome(s) présenté(s) par le patient.

1. CONDITIONS DE L'ENTRETIEN

*« L'homme est son histoire : il contient des événements dont il est le contenu.
Chacun contient ses actes, ses actes le contiennent.
Une histoire, tu es ton histoire. »*

Joe Bousquet, « Langage entier », 1966

1.1. Cadre

Le cadre choisi par le patient, ou son entourage, est riche d'enseignements sémiologiques.

Pour le patient, la consultation à l'hôpital est souvent synonyme de gravité. Il en ressent une certaine appréhension : peur d'être considéré comme « fou » ou comme incurable.

Certaines thématiques délirantes ou certains traits paranoïaques apparaissent dans les motivations du patient : « mon cas va intéresser la science ». Parfois, les mélancoliques viennent chercher à l'hôpital « la piqûre finale ». Beaucoup de patients souffrant de pathologies « résistantes » aux thérapeutiques viennent consulter à l'hôpital.

A l'inverse, la consultation au cabinet du médecin est souvent mieux acceptée par le patient ou ses proches, quelle que soit la gravité du cas. Les patients névrotiques vont plus volontiers consulter dans le privé. En effet, le patient assimile souvent la consultation dans un hôpital, psychiatrique ou non, au fait d'avoir une pathologie grave, « comme tous les fous que vous soignez ici ».

1.2. Demande de soins

La demande d'examen peut émaner du patient ou de son entourage.

Dans le premier cas, le patient a, en général, conscience de ses troubles : le patient recherche activement de l'aide. La plus grande partie des troubles névrotiques et les dépressions dites « non endogènes » entrent dans cette catégorie.

En revanche, lorsque la demande ne vient pas directement du patient mais de la part de son entourage, le trouble rentre souvent dans le cadre des pathologies psychotiques ou mélancoliques. La plupart des psychotiques n'ont pas conscience de leur trouble : « Moi je vais bien merci, même ces Martiens qui n'arrêtent pas de me hurler aux oreilles, je m'en fous ».

L'entourage peut être d'une aide précieuse, si le patient est réticent à parler de ses troubles, en rapportant des attitudes d'écoute ou des troubles du comportement.

Lors d'épisodes confusionnels, l'entourage rapporte les principaux éléments anamnestiques et sémiologiques qui permettent d'entreprendre le traitement étiologique le plus rapidement possible.

Dans les dépressions mélancoliques, le patient est « amené » à l'hôpital par son entourage.

Si une décision d'hospitalisation dans un service fermé doit être prise à l'issue de l'entretien (cas des urgences psychiatriques), le médecin doit, avant tout, étudier les avantages d'une telle mesure pour le patient : risque vital, auto-agressif ou hétéro-agressif.

Le médecin doit clairement expliquer au patient et à la famille les modalités d'une hospitalisation à la demande d'un tiers et tous les renseignements administratifs à son égard, en particulier sa suspension, même contre avis médical, si la famille le désire.

2. MODALITÉS DE L'EXAMEN

2.1. Premier temps de l'entretien

Il est consacré à l'écoute attentive du discours spontané du patient. Lorsque le patient ne sait pas par où commencer, le médecin l'aide en lui posant des questions ouvertes, comme les premières pensées qui lui viennent à l'esprit ou le motif de sa venue.

Par la suite, le médecin peut lui demander d'éclaircir certains éléments de sa biographie ou des symptômes déjà énoncés.

2.2. Dans un deuxième temps

Les questions portent sur des éléments, sémiologiques ou anamnestiques, que le sujet n'a pas abordés spontanément.

À la fin de l'entretien, le médecin doit avoir réuni le maximum d'informations sur :

- La sémiologie psychiatrique actuelle telle que l'exprime le patient (symptômes subjectifs) et telle que la constate le médecin (symptômes objectifs).
 - L'attitude du patient par rapport à ses troubles : recul critique, rationalisme morbide, absence de critique, etc.
 - Les données anamnestiques :
 - . histoire évolutive des troubles;
 - . interaction entre l'histoire des troubles et les éléments biographiques;
 - . éléments biographiques personnels : affectifs, sociaux, culturels;
 - . histoire familiale, antécédents familiaux.
 - Les données somatiques actuelles et passées.
 - Les thérapeutiques antérieures (hospitalisations, chimiothérapies, psychothérapies).
-
- **Les thérapeutiques antérieures** font l'objet d'un interrogatoire particulièrement précis.
 - En particulier devant une prise antérieure de psychotropes, le patient doit préciser :
 - . les produits utilisés;
 - . les doses effectivement prises (et non seulement celles qui ont été prescrites);
 - . les effets thérapeutiques ressentis;
 - . les effets secondaires observés;
 - . les raisons de l'arrêt ou du changement de thérapeutique.

3. CONCLUSIONS DE L'ENTRETIEN

- La synthèse des différentes données de l'entretien et de l'examen somatique (en particulier neurologique), aboutit, dans le meilleur des cas, à poser un diagnostic psychiatrique et proposer un projet thérapeutique.
- Il est essentiel **d'éliminer toute cause organique** avant de poser un diagnostic psychiatrique, en effet, **toute cause de souffrance cérébrale peut se révéler par un tableau d'allure psychiatrique**.
- Lorsque les éléments cliniques sont insuffisants, il est possible de proposer au patient un nouvel entretien ou un bilan psychologique, afin de compléter la démarche diagnostique.

- Il est nécessaire de proposer une hospitalisation dans les plus brefs délais lorsque l'on suspecte :
 - . une pathologie organique sous-jacente (syndrome confusionnel, démentiel);
 - . une exacerbation délirante, dissociative ou dépressive;
 - . une conduite suicidaire marquée;
 - . une pathologie psychiatrique atypique (doute sur une organicité).

- En l'absence d'hospitalisation, le premier entretien débouche sur une prise en charge psychothérapique ou bifocale : psychothérapique et chimiothérapique. Parfois, la prise en charge chimiothérapique est effectuée par un médecin différent de celui qui assure la psychothérapie.
Lorsque le médecin prescrit un psychotrope, les modifications entraînées par ce dernier dépassent toujours son action symptomatique propre. Le médicament modifie non seulement l'expression symptomatologique de la pathologie, mais aussi les rapports que le sujet entretient avec lui-même, avec le thérapeute et avec le monde extérieur.
Par exemple, une fois l'angoisse apaisée, la dépression ou le délire mis à distance, le patient peut exprimer plus facilement son histoire et mieux analyser la place que sa pathologie y occupe.
Ainsi, l'ensemble des remaniements psychologiques provoqués par la pathologie puis la chimiothérapie, sont-ils utilisés par le psychiatre dans une perspective psychothérapique.

En conclusion, les bénéfices thérapeutiques de la psychothérapie et de la chimiothérapie permettent au patient lors des entretiens ultérieurs de mieux verbaliser sa problématique, de mieux analyser ses conflits afin de mieux vivre son histoire.

NOUVELLE ICONOGRAPHIE DE LA SALPÊTRIÈRE 1916-1917 (TOME XVIII, PL. LXIX)
« UN GUÉRISSEUR DE PHANTASIES »



Gravure de Th. de Bry (Henry Meige).

On observe aussi des « Trans psychopathogènes » : l'essaïm de ces insectes s'évadant des vapeurs de l'alambic prouve que l'état mental du patient était gravement atteint. De la même manière, on observe des rats qui s'échappent sur le sol, autre conception populaire : « avoir des rats dans la tête ».

Sémiologie psychiatrique

EXAMEN SÉMOLOGIQUE

• Présentation

- Tenue
- Mimique
- Comportement :
 - . Agitation
 - . Catalepsie
 - . Parakinésies
 - . Tics
- Contact :
 - . Syntonie, hypersyntonie
 - . Indifférence autistique
 - . Réticence
 - . Absence

• Conduites instinctuelles

- Alimentation :
 - . Anorexie, refus alimentaire
 - . Excès alimentaires
 - . Conduites alimentaires aberrantes
- Sommeil :
 - . Insomnie, hypersomnie
- Conduites sexuelles
- Conduites sphinctériennes

• Conduites sociales

- Fugues
- Vols pathologiques
- Homicide

• Conduites addictives

- Alcoolisme
- Toxicomanie

• Fonctions supérieures

1 – Fonctions symboliques

- Langage :
 - . Production globale
 - . Sémantique, syntaxe
 - . Aphasies
- Gnosies et praxies

2 – Fonctions mnésiques

- Amnésie
- Paramnésies
- Hypermnésies

3 – Fonctionnement de la pensée et du jugement

• Trouble du cours de la pensée :

- Tachypsychie
- Bradypsychie
- Dissociation de la pensée

• Trouble du contenu de la pensée :

- Pensée délirante
- Mythomanie
- Idée fixe
- Idée obsédante
- Idée délirante
- Idée dépressive

• Distorsion globale de la pensée :

- Autistique
- Magique
- Paralogique
- Rationalisme morbide

• Évaluation globale de l'intelligence :

- Trouble du jugement par carence intellectuelle

4 – Activités perceptives

- Hallucinations non psychotiques
- Hallucinations psychotiques

5 – Conscience de soi et de l'environnement

• Troubles de la vigilance :

- Troubles quantitatifs
- Troubles qualitatifs :
 - . états oniroïdes
 - . états crépusculaires
 - . états seconds

• Troubles de l'attention

• Troubles de la conscience de soi :

- Trouble du schéma corporel
- Dépersonnalisation, déréalisation

6 – État émotionnel

• Trouble de l'expression des affects :

- Hyperémotivité
- Défaut d'émotivité
- Inadéquation

• Trouble de l'humeur :

- Dépressive
- Expansive
- Athymique

• Troubles anxieux

Afin de mieux analyser la place qu'occupent les symptômes dans la vie du sujet, ceux-ci doivent être replacés dans :

- Leur contexte évolutif : histoire évolutive des troubles (données diachroniques).
- Leur contexte psychologique dynamique :
 - . existence de relations de compréhension entre les troubles et la biographie du sujet;
 - . fonction du symptôme auprès du sujet et de son entourage.
- Leur contexte relationnel avec l'entourage (bénéfices secondaires du sujet, bénéfices de l'entourage).
- Leur contexte biologique : désordre biologique sous-jacent, terrain génétique prédisposé, trouble neurologique ou organique sous-jacent.

Le choix du plan suivi pour l'énumération des différentes fonctions à examiner est arbitraire. Il est impossible de le suivre d'une façon ordonnée au cours d'un entretien, sa présentation a un but purement didactique.

RELEVÉ SYMPTOMATOLOGIQUE

- Il porte à la fois sur les éléments rapportés par le patient : symptômes subjectifs
 - . tristesse, sentiments pessimistes ou d'échec, idées de suicide;
 - . lassitude, fatigabilité, difficultés de concentration, troubles de la mémoire;
 - . réduction ou augmentation du sommeil, de l'appétit, de l'intérêt sexuel;
 - . exaltation euphorique de l'humeur;
 - . tension intérieure, angoisse, douleurs, tension musculaire;
 - . incapacité à ressentir de l'intérêt pour le monde ou pour les gens;
 - . pensées obsédantes, phobies, rituels, indécision;
 - . idées délirantes, thématique d'influence, de persécution, de jalousie;
 - . blocage de la pensée;
 - . hallucinations.
- Et sur les éléments observés par le médecin : symptômes objectifs
 - . les mêmes symptômes subjectifs, objectivés cette fois par l'examen;
 - . distractibilité, retrait, absence de sollicitations aux stimuli verbaux ou gestuels;
 - . perplexité, désorientation;
 - . barrages, diffidence;
 - . logorrhée, fuites des idées, hyperactivité, agitation;
 - . réduction du flux verbal, lenteur du mouvement;
 - . incohérence du langage, persévérations verbales;
 - . maniérisme, cataplexie;
 - . comportement hallucinatoire.

1. PRÉSENTATION

1.1. Tenue

Il est important d'apprécier la présence :

- D'une inadaptation vestimentaire :
 - . vis-à-vis de l'âge : tenue excentrique de l'hystérie;
 - . vis-à-vis du sexe : homosexualité, travestisme d'origine névrotique ou perverse;

- vis-à-vis du contexte social :
 - tenue négligée, sale, indécente dans le syndrome confusionnel et démentiel,
 - tenue clownesque, choquante, débraillée, dénudée de l'accès maniaque,
 - tenue ornementée d'amulettes, d'objets fétiches ou religieux de certains délires paranoïaques.
- D'un maniérisme vestimentaire exagéré :
 - hystérie, schizophrénie.

1.2. Mimique

La mimique traduit le langage non verbal exprimé par la face.

- **Hypermimie :**
 - euphorie du maniaque;
 - terreur dans les délires, en particulier oniriques;
 - histrionisme, séduction de l'hystérique.
- **Hypomimie, amimie :**
 - douleur morale et ralentissement psychomoteur du mélancolique;
 - perplexité et égarement dans le syndrome confusionnel;
 - négativisme du schizophrène;
 - inexpressivité des syndromes démentiels, des arriérations profondes.
- **Dysmimie :**

La dysmimie est la survenue d'une mimique n'ayant aucun rapport avec le discours ou l'affect exprimé. On la rencontre dans la **schizophrénie** (sourire discordant).

1.3. Analyse du comportement

L'analyse de l'activité psychomotrice apporte à l'examineur toute une série de signes objectifs dont l'analyse est particulièrement précieuse lorsque le sujet ne s'exprime qu'avec son comportement.

1.3.1. Agitation :

L'agitation évolue par crises au cours desquelles le sujet présente une hyperactivité motrice turbulente désordonnée, impulsive, voire destructrice.

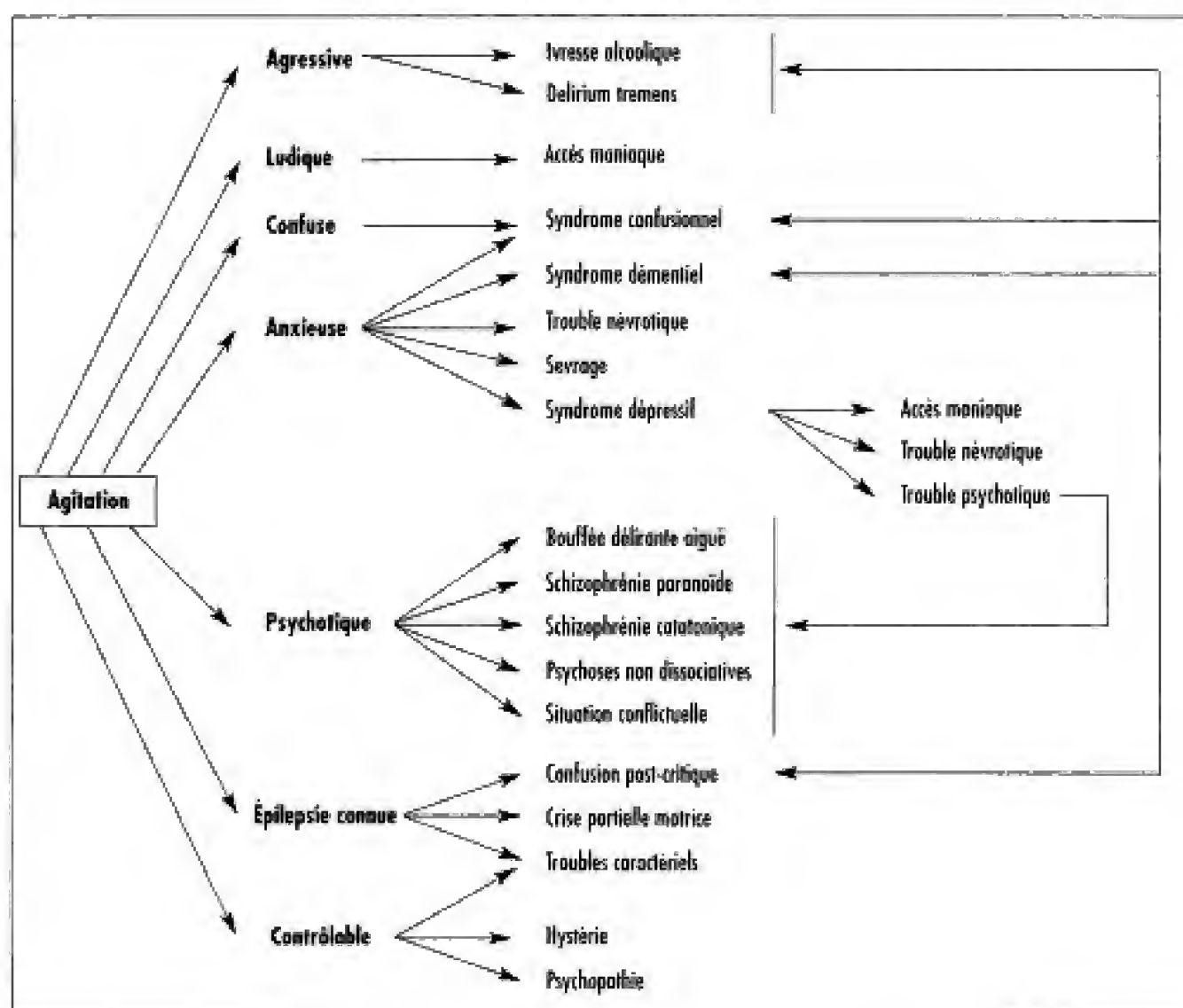
L'agitation est souvent associée à une surestimation de soi, un trouble de l'humeur et un retentissement somatique important (insomnie). L'environnement se trouve immédiatement impliqué : familial, policier, médical ou de voisinage.

L'agitation est un symptôme complexe, qu'il est important de restituer dans un contexte clinique, afin d'adapter au mieux la prise en charge de cette urgence :

- **Agitation agressive :** ivresse alcoolique aiguë, delirium tremens (onirisme vécu).
- **Agitation confuse, obnubilation de la conscience au premier plan :** confusion mentale.
- **Agitation stéréotypée, à majoration nocturne :** syndromes démentiels (déambulation, pleurs, menaces, cris).
- **Agitation euphorique, ludique :** accès maniaque.
- **Agitation furieuse :** manie (manie furieuse), alcoolisme aigu, idées délirantes.
- **Agitation psychotique :** incontrôlable par le sujet, l'agitation est infiltrée par l'angoisse psychotique (bouffée délirante aiguë, délire paranoïde, psychoses non dissociatives). Elle peut être secondaire :
 - à la thématique délirante : persécution;
 - aux hallucinations, le plus souvent auditives. L'agitation est alors une réaction secondaire aux injonctions hallucinatoires ou une tentative d'évitement de ces phénomènes (risque de raptus suicidaire);
 - à l'angoisse de dépersonnalisation : « sentiment d'irréalité, d'altération, de métamorphose et de sensation ineffable pouvant aller jusqu'à une impression xénopathique » (Ey). La dépersonnalisation se retrouve dans la schizophrénie et les bouffées délirantes aiguës;

- à la dissociation psychomotrice : schizophrénie catatonique agitée;
- à une situation conflictuelle. Le vécu psychotique est plus en cause que le délire lui-même. Par exemple, l'agitation sera secondaire à la plainte d'un paranoïaque au commissariat qui n'aura pas été prise en considération ou à la tentative de soins d'un schizophrène cloîtré chez lui depuis plusieurs semaines.
- **Agitation secondaire à une crise d'angoisse** : avant de conclure à son origine psychogène (névrotique, dépressive ou psychotique), il faut éliminer les causes organiques d'angoisse (confusion, démence, sevrage médicamenteux ou toxiques).
- **Agitation contrôlable (agitation de négociation)** : dans ce cadre on regroupe les conduites d'agitation en réaction à une situation précise. Le passage à l'acte, que représente l'agitation, prend pour le sujet valeur de résolution de ses conflits sous-jacents, non exprimables par le langage. L'environnement a un rôle essentiel dans la genèse de cette agitation et lors de sa cessation éventuelle.
- **Agitation hystérique** : bruyante, théâtrale, dépendante de l'entourage.
- **Agitation psychopatique** : la personnalité psychopatique est impulsive et intolérante à la moindre frustration. L'agitation auto ou hétéro-agressive survient le plus souvent après une réponse négative à une demande impossible à satisfaire : demande d'une ordonnance de toxiques, d'hospitalisation, d'argent, refus de la réglementation hospitalière.

Étiologies des agitations (D'après Caroli, 1985)



1.3.2. Stupeur :

- La stupeur est la suspension, ou le ralentissement extrême, des mouvements volontaires : mimiques, gestes, langage, attitudes.
- Le patient est immobile, figé, son visage est de marbre. La stupeur entraîne un mutisme, un refus de l'alimentation et une attitude cataleptique à minima. L'association à une diminution ou à un arrêt de l'activité intellectuelle, fait parler de stupidité.

- La stupeur nécessite une prise en charge urgente, en raison des différentes étiologies sous-jacentes :
 - . stupeur confusionnelle : la stupeur est la forme extrême de l'abnubilation;
 - . mélancolie stuporeuse : la dépression sous-jacente peut être reflétée par une expression anxieuse passagère, par l'éméga mélancolique, par une exclamation d'horreur ou une crise de larmes;
 - . schizophrénie catatonique : l'attitude cataleptique est très nette (maintien des attitudes imposées), le faciès présente une attitude froide et absente.

- D'autres étiologies peuvent donner un tableau de stupeur :
 - . bouffée délirante aiguë : sidération motrice secondaire au délire;
 - . crise d'angoisse : sidération anxieuse;
 - . choc émotif : sidération émotive entraînant une stupeur émotionnelle. Cet état s'apparente aux confusions psychogènes (stupeur réactionnelle);
 - . syndrome démentiel : par tumeur frontale ou temporale, démence sénile ou présénile;
 - . hypothyroïdie, panhypopituitarisme.

1.3.3. Catalepsie :

La catalepsie est un trouble psychomoteur aigu du tonus et de l'initiative motrice.

Le trouble du tonus est exprimé par la flexibilité cireuse (résistance plastique des muscles des membres à la mobilisation passive avec maintien des attitudes) ou par l'hypertonie rigide résistante à toute tentative de mobilisation. La perte de l'initiative motrice est la suspension de la motricité spontanée du sujet. En revanche, il peut obéir passivement aux sollicitations de l'entourage.

- On rencontre la catalepsie au cours :
 - . de la schizophrénie catatonique;
 - . de la confusion stuporeuse : en particulier, lors des états infectieux et toxiques;
 - . de la mélancolie stuporeuse;
 - . des symptômes de conversions hystériques : crises cataleptiques, sommeil cataleptique (sans suspension de la conscience);
 - . de certains troubles neurologiques : lésions préfrontales, syndromes parkinsoniens post-encéphaliques (atteintes des noyaux striés).

1.3.4. Parakinésies :

Les parakinésies sont des mouvements parasites qui caricaturent ou déforment les mouvements normaux.

Les stéréotypies en sont un exemple : actes automatiques, répétitifs, sans but adapté (balancement du corps, hochement de la tête, contorsion répétitive de la main).

Le parasitisme moteur est la survenue d'un mouvement incompréhensible et inutile dans une séquence gestuelle donnée.

- Les parakinésies sont observées principalement dans :
 - . la schizophrénie, où elles reflètent la dissociation au niveau psychomoteur;
 - . les syndromes démentiels;
 - . l'arriération mentale.

Les parakinésies ne doivent pas être confondues avec les dyskinésies, qui sont des mouvements anormaux secondaires aux neuroleptiques.

1.3.5. Tics :

Les tics sont des mouvements brusques, involontaires, répétitifs, sans but précis, qui viennent surcharger une motricité, normale par ailleurs.

Les tics sont accessibles à la conscience, le sujet peut parvenir à en empêcher la survenue pendant un laps de temps. Les tics « ont perdu toute utilité, s'ils pouvaient en avoir une à l'origine » (Lebovici). Leur évolution est capricieuse, fluctuante et insidieuse. La maladie de Gilles de la Tourette est une affection d'évolution chronique qui associe aux tics moteurs des tics verbaux (coprolalie, mots grossiers jaculatoires), un mimétisme gestuel et verbal.

1.4. Analyse du contact

Les différentes modalités de la relation qui s'établissent au cours de la relation entre le médecin et le patient, reflètent, malgré la subjectivité de leur évaluation, l'état du patient selon plusieurs registres symptomatiques : syntonie, hypersyntonie, indifférence, réticence et absence.

De plus, la qualité du contact, instauré avec le patient permet d'évaluer le mode habituel de relation avec son entourage, de préjuger de l'adhérence à la thérapeutique et d'analyser les sentiments contre-transférentiels que le patient suscite : rejet, amour, dégoût, lassitude, autant de sentiments dont il faut tenir compte pour le diagnostic (séduction de l'hystérique, rejet du psychopathe, impression d'étrangeté d'un psychotique, tristesse du déprimé, etc.).

1.4.1. Syntonie, hypersyntonie :

Lorsqu'un patient est syntone, le contact s'établit facilement, son humeur est adaptée à la situation de l'entretien. Il n'y a ni familiarité excessive, ni distance, ni indifférence.

L'hypersyntonie représente un état de fusion et d'harmonie entre le sujet et l'entourage, caractéristique de l'excitation maniaque. Toute la personnalité du sujet réagit de façon excessive à l'ambiance : pleurs dans une ambiance triste, hurlements de rire dans une ambiance détendue ou neutre, comme celle de l'entretien. L'hypersyntonie entraîne une familiarité excessive, voire un ludisme, avec l'entourage, le médecin.

1.4.2. Indifférence autistique :

Dans l'indifférence autistique, le contact est difficile, voire impossible à établir.

Le sujet ne répond à aucune sollicitation verbale, il est quasi-mutique. Lorsqu'il répond, ses propos témoignent d'une grande froideur, d'une indifférence distante.

Ce mode de relation autistique est caractéristique des états schizophréniques.

1.4.3. Réticence :

La réticence est le refus volontaire du sujet de parler librement de ce qui le préoccupe principalement.

La réticence se traduit par une attitude de réserve, de méfiance excessive, de négativisme à toutes les questions de l'interlocuteur.

Parfois, il parle de façon indirecte et allusive de son trouble.

La rationalisation des troubles, la banalisation des conduites pathologiques, le refus du traitement, témoignent aussi de la réticence du sujet.

La réticence s'observe avant tout chez les patients psychotiques (bouffée délirante, délires paranoïdes, délires non dissociatifs, en particulier paranoïaques) : d'où l'équation : réticence = délire (Deniker).

La réticence s'observe aussi dans les dépressions mélancoliques. Le renoncement mélancolique entraîne un rejet massif de toute relation qui se voudrait thérapeutique : « pourquoi me soigner, je suis foutu ». La réticence, dans ce contexte, cache souvent une idéation suicidaire déterminée.

1.4.4. Absence :

Le sujet n'est pas attentif à l'entretien, il est distrait, « ailleurs ». Il ne répond absolument pas aux sollicitations de l'interlocuteur, non par mutisme mais par absence de conscience de la situation de l'entretien.

Lorsque cet état survient de façon aiguë, il faut évoquer avant tout la confusion mentale. Sinon, on évoque les causes de syndrome démentiel ou les états psychotiques.

2. ANALYSE DES CONDUITES INSTINCTUELLES

« Manger – Dormir – Aimer » Publicité pour le Club Méditerranée

2.1. Troubles des conduites alimentaires

2.1.1. Anorexie, refus alimentaire :

- L'anorexie se définit par la diminution ou la perte de l'appétit, qui peut être volontaire ou non.
- l'anorexie, d'origine organique, doit être différenciée de l'anorexie mentale où la restriction alimentaire est active (refus alimentaire) et la sensation de faim toujours présente.
- Le refus alimentaire (sitiophobie) s'observe :
 - dans la dépression mélancolique, où le refus de s'alimenter s'intègre dans : le renoncement mélancolique : « à quoi bon ? » ; les idées d'indignité : « je ne mérite pas de manger » ou les idées délirantes : « je n'ai plus d'œsophage » ;
 - lors d'un syndrome délirant, où la thématique est la persécution : « on veut m'empoisonner » ;
 - dans la schizophrénie :
 - de type catatonique : le refus alimentaire appartient au négativisme,
 - de type paranoïde : idée délirante d'empoisonnement,
 - avec dissociation du cours de la pensée : « je ne peux pas manger, les aliments ont un goût à l'envers ».
 - dans certaines pathologies névrotiques :
 - refus alimentaire électif : névrose obsessionnelle,
 - peur de manger en public : phobie sociale.

2.1.2. Excès alimentaires :

- Les conduites boulimiques (sensation de faim intense suivie d'une grande absorption de nourriture) se retrouvent dans :
 - la boulimie ;
 - les accès maniaques ;
 - les schizophrénies ;
 - le syndrome démentiel, les arriérations mentales. Le risque au cours de ces accès de glotonnerie, est d'avaler des corps étrangers qui peuvent être à l'origine de fausses routes ;
 - certaines personnalités « border-line » ;
 - certaines personnalités névrotiques présentant une fixation au stade oral.
- L'hyperphagie correspond à une absorption chronique de nourriture aboutissant à une prise de poids. Elle entraîne alors l'obésité dite commune.
- La dipsomanie est un besoin paroxystique d'ingérer de fortes quantités de boissons alcoolisées. On l'observe principalement dans les accès maniaques et chez les personnalités psychopathiques.
- La potomanie est un besoin permanent d'ingérer de fortes quantités d'eau. La potomanie s'observe chez certains schizophrènes¹ et dans les personnalités hystériques ou psychopathiques. La potomanie est aussi une complication du traitement par lithium.

2.1.3. Conduites alimentaires aberrantes :

- La coprophagie est l'absorption d'excréments. Elle est souvent associée à des conduites de barbouillage. Elle s'observe au cours des schizophrénies en période très régressive et au cours des étiologies de syndrome démentiel.
- Les bizarreries alimentaires sont des sélections alimentaires selon une croyance délirante ou une symbolique personnelle : refus des aliments rouges, refus des aliments provenant d'un animal qui a des poils, etc. Ces conduites sont fréquentes au cours des psychoses.

1. Le rôle des neuroleptiques dans la genèse de cette potomanie n'est toujours pas élucidé. La potomanie, chez le schizophrène, peut entraîner un coma hyponatrémique.

2.2. Troubles du sommeil

2.2.1. Insomnie :

L'insomnie est un défaut quantitatif et/ou qualitatif du sommeil.

L'insomnie peut être initiale, matinale ou occasionner des réveils multiples au cours de la nuit.

L'insomnie totale est rare. On l'observe uniquement au cours des accès maniaques, des confusions mentales, des sevrages d'alcool ou d'hypnotiques et des excitations délirantes.

L'insomnie matinale, vers 3 à 4 heures du matin est caractéristique des états dépressifs mélancoliques. En revanche, elle est banale chez le sujet âgé.

L'insomnie d'endormissement, ou les réveils multiples au cours de la nuit, se retrouvent dans les états anxieux réactionnels (surmenage, difficultés psychologiques dans la journée) ou dans les états névrotiques plus structurés.

L'inversion du rythme circadien (sommolence la journée et insomnie la nuit) est fréquente au cours des confusions mentales, des syndromes démentiels (avec turbulence et déambulation) et des syndromes dépressifs.

La clinophilie est le besoin de rester au lit toute la journée en somnolant plus qu'en dormant. On la retrouve dans la schizophrénie hébéphrénique et lors des dépressions.

2.2.2. Hypersomnie :

- L'hypersomnie désigne les états où le sommeil se prolonge au cours de la journée ou encore les accès de sommeil irrésistibles en cours de journée.
- L'hypersomnie névrotique (sommeil refuge) s'observe au cours des dépressions psychogènes, chez les sujets anxieux et dans les personnalités psychasthéniques ou hystériques dont le but est d'éviter les situations sociales.
- Les hypersomnies paroxystiques renvoient souvent aux pathologies du sommeil :
 - narcolepsie (syndrome de Gélinau) : accès de sommeil bref (15 à 20 minutes) associés à des accès de catalepsie, des hallucinations hypnagogiques et des troubles du sommeil paradoxal;
 - syndrome de Klein-Levin : épisodes d'hypersomnie quasi-continue avec clinophilie, conduite boulimique, polomanie et hyperactivité sexuelle;
 - syndrome de Pickwick : accès d'hypersomnie secondaire à une hypoventilation alvéolaire avec apnées chez le sujet obèse;
 - hypersomnie essentielle.
- Avant de conclure au caractère psychogène d'une hypersomnie, il est essentiel d'éliminer les causes d'hypersomnie secondaire à une étiologie organique : encéphalites infectieuses, hydrocéphalie à pression normale, traumatisme crânien, atteinte tegmento-thalamique ou de la calotte protubérantielle (tumeur, accident vasculaire, etc.).

2.2.3. Autres troubles du sommeil :

Le mentisme est un phénomène non pathologique qui survient au cours de l'endormissement. C'est un défilement rapide d'idées, d'images mentales incontrôlables qui sont critiquées par le sujet comme étant anormales. Le mentisme survient au cours des états de fatigue, de tension ou d'anxiété réactionnelle.

Les phénomènes hypnagogiques surviennent à l'endormissement entre le passage de l'état de veille à l'état de sommeil. On décrit des phénomènes sensori-moteurs (sensation de chute avec sursauts musculaires), des phénomènes sensoriels (audition d'un bruit, vision d'une lumière) ou psychosensoriels (illusions, hallucinations visuelles). Le sujet assiste passivement à des scènes qui défilent comme un kaléidoscope. Ces phénomènes sont critiqués par le sujet et ne sont intégrés dans aucun discours délirant.

2.3. Troubles des conduites sexuelles

Les troubles des conduites sexuelles peuvent se répartir en deux groupes : les troubles des fonctions sexuelles et les déviations sexuelles.

Seul le premier groupe renvoie à des pathologies psychiatriques sous-jacentes qui sont étudiées dans ce chapitre.

2.3.1. Déviations sexuelles :

- Les déviations sexuelles (homosexualité, pédophilie, gérontophilie, sadisme, masochisme, voyeurisme, exhibitionnisme, travestisme) ne sont pas considérées comme pathologiques en soi.
- En revanche, ces conduites peuvent s'intégrer dans un trouble psychiatrique lorsqu'elles :
 - représentent un symptôme :
 - conduite masochique dans un contexte délirant ou dissociatif,
 - conduite sadique d'une personnalité psychopathique ou psychotique.
 - sont une cause de souffrance psychique motivant une demande de soins :
 - réactions anxieuses, dépressives, culpabilité névrotique.
 - posent un problème médico-légal :
 - viol, inceste, attentat à la pudeur,

2.3.2. Anomalies des fonctions sexuelles :

• Masturbation :

Elle n'est pathologique que lorsqu'elle est électivement préférée à toute autre forme de sexualité. Elle est dans ce cas un symptôme névrotique non spécifique.

• Éviction des rapports, frigidité, vaginisme :

La frigidité associe l'absence de désir, le dégoût des rapports sexuels et l'absence de désir lors du coït. Parfois, la frigidité est associée à la dyspareunie (douleurs lors du coït) ou à une contraction douloureuse des muscles pelviens (vaginisme). Ces troubles sont, avant tout, observés dans la personnalité et la névrose hystérique, dans la dépression et dans les réactions névrotiques transitoires.

• Impuissance :

En dehors des impuissances secondaires à un trouble organique, l'impuissance est un trouble peu spécifique que l'on observe dans presque tous les troubles névrotiques, les états de surmenage ou de fatigue, l'alcoolisme. L'impuissance est presque toujours présente au cours des dépressions.

2.4. Troubles des conduites sphinctériennes

Les pertes sphinctériennes s'observent rarement dans les pathologies psychiatriques et elles doivent faire suspecter un trouble neurologique.

3. ANALYSE DE LA CONDUITE SOCIALE

Les troubles des conduites sociales reflètent la perturbation de l'individu dans un contexte relationnel avec son milieu familial, professionnel ou dans l'environnement social.

Les troubles des conduites sociales ne sont que les signes d'appel du trouble psychiatrique qui est à leur origine.

3.1. Fugues

La fugue est l'abandon du domicile, ou du lieu de travail, sans but précis.

On distingue :

- **Les fugues inconscientes, amnésiques :**
 - épilepsie partielle motrice avec automatisme ambulateur;
 - états seconds des névroses hystériques.
- **Les fugues conscientes, mnésiques :**
 - secondaires à des hallucinations menaçantes (onirisme confusionnel, syndrome délirant à thématique de persécution);
 - par instabilité de la personnalité (personnalité psychopathique);
 - par dissociation de la pensée (schizophrénie) : fugue brutale, immotivée, énigmatique, rationalisée sur un mode hermétique;

- au cours d'un accès maniaque : fugue secondaire à l'excitation psychomotrice avec dépenses inconsidérées, fastueuses, entraînant parfois des délits mineurs (ne paye pas le Ritz ou la location de la Porsche);
- secondaire à une thématique délirante : « voyage pathologique » en raison d'une mission à remplir, une personne aimée à rencontrer (érotomanie);
- dues à une arriération mentale.

La fugue se distingue de l'errance secondaire à la désorientation temporo-spatiale, que l'on observe au cours des syndromes démentiels ou confusionnels.

3.2. Vols pathologiques

- En dehors des personnalités psychopathiques et des vols secondaires à la toxicomanie, les vols pathologiques sont rares en psychiatrie.
- Ils sont observés dans :
 - les syndromes démentiels et confusionnels : vols secondaires aux troubles du jugement;
 - les schizophrénies : vols secondaires au délire ou à la dissociation de la pensée;
 - la névrose obsessionnelle : kleptomanie : impulsion obsédante à voler soulagée par le passage à l'acte;
 - les épilepsies partielles : vols avec amnésie totale ou partielle.

3.3. Homicide

L'homicide est rare en pathologie mentale.

Il existe des états de dangerosité du patient pouvant conduire à un homicide dans :

- **Les délires non dissociatifs :**
 - délires paranoïques passionnels (jalousie, érotomanie, revendication) ou d'interprétation (psychose hallucinatoire chronique);
 - la dangerosité est d'autant plus grande que l'identification du persécuteur est simple et précise : « je sais qui est le responsable de tout ça ».
- **Les schizophrénies : l'homicide peut être secondaire :**
 - à un délire paranoïde : thématique délirante : « mon bébé était possédé par le diable »;
 - à un accès de fureur catatonique;
 - à la dissociation de l'affectivité : monde hermétique où le passage à l'acte paraît immotivé, soudain, exécuté avec une froide cruauté sans remords.
- **Les accès délirants aigus :** bouffée délirante aiguë, psychose du post-partum (risque d'infanticide), syndrome confusionnel.
- **Les accès mélancoliques :** homicide altruiste de toute la famille avant de se donner la mort, en particulier en « queue de dépression endogène ».
- **L'alcoolisme chronique :** par trouble du caractère, par jalousie, lors des interactions conjugales, familiales, sociales (accident de la circulation), lors d'ivresses pathologiques.
- **L'épilepsie partielle psychomotrice :** accès d'actes automatiques à caractère violent : impulsion clastique, meurtrière, suicidaire ou sexuelle. L'inconscience, lors de l'accès, n'est pas constante, d'où la complexité des débats médico-psycho-juridiques.

En dehors des pathologies psychiatriques à proprement parler, certaines personnalités pathologiques, comme les **personnalités psychopathiques**, représentent près de 80% des détenus d'une prison.

Parmi eux, les **criminels psychopathiques** sadiques commettant des homicides à répétition sont rares, mais paraissent en augmentation aux États-Unis (plusieurs milliers de meurtres chaque année seraient dus à des « serial killers »).

4. ANALYSE DES CONDUITES ADDICTIVES

4.1. Alcoolisme

Cf. chapitre spécifique.

4.2. Toxicomanie

Cf. chapitre spécifique

5. ANALYSE DES FONCTIONS SUPÉRIEURES

- Les fonctions supérieures comprennent à la fois une dimension neurologique (anatomique), cognitive (capacités, aptitudes, processus) et une dimension psychologique (émotion, affect, personnalité).
- L'intrication de ces deux dimensions est complexe et évidente :
 - le ralentissement neurologique d'une même lésion organique cérébrale est totalement différent d'un individu à l'autre;
 - le ralentissement d'une pathologie psychiatrique (donc supposant l'absence de lésions organiques) sur le fonctionnement intellectuel ou mnésique est d'observation courante (névrose, psychose, trouble thymique).

L'activité mentale, résultant de cette intégration, est aussi fonction de l'histoire du sujet, de la construction de sa personnalité, autant de paramètres importants à évaluer pour une appréciation correcte des différentes « fonctions » supérieures.

5.1. Troubles des fonctions symboliques

5.1.1. Troubles du langage :

• Production globale :

On apprécie successivement : le rythme et le flux verbaux, la présence d'une suspension du fil du discours, d'impulsions verbales ou de stéréotypies verbales.

— Rythme du langage :

- Accélération du rythme verbal (tachyphémie) : excitation psychomotrice d'une confusion mentale agitée, d'un accès maniaque, d'une psychose, d'une pathologie organique.
La logorrhée est un flux de paroles rapides, incontrôlables, logiques (accès maniaque) ou non (schizophrénie, syndrome démentiel ou confusionnel) dans ses contenus et dans ses associations.
- Diminution du rythme verbal (bradyphémie) : syndrome dépressif, confusion mentale stuporeuse, schizophrénie, pathologie organique.

— Rupture brutale (barrage) ou progressive (fading) du discours :

Le sujet reprend par la suite sur le même sujet ou sur un sujet totalement différent.

Interrogé sur ce qui vient de se passer, il répond souvent par « je ne sais pas, ma tête était vide de pensées ».

Le barrage et le fading sont quasiment spécifiques de la schizophrénie.

Ils doivent être différenciés des suspensions de la parole d'origine :

- délirante : attitude d'écoute hallucinatoire;
- névrotique : ruminations obsédantes, doutes;
- dépressive : par ralentissement psychique;
- confusionnelle : par obnubilation de la pensée;
- épileptique : par crise partielle;
- linguistique : patient ne maîtrisant pas correctement la langue dans laquelle l'entretien est mené.

— Absence totale de production verbale :

En l'absence de lésion neurologique des centres du langage, on parle de mutisme.

MUTISME

- **Hystérique** : avec effort spectaculaire pour montrer son handicap.
- **Mélancolique** : suspecté devant le faciès douloureux, l'oméga mélancolique.
- **Déliquant** : par attitude d'écoute hallucinatoire, par thématique de persécution où la méfiance domine.
- **Schizophrénique** : stupeur catatonique.
- **Organique** : syndrome confusionnel ou dementiel.

Le mutisme ne doit pas être confondu avec le mutacisme, où le silence est volontaire en rapport avec une situation précise : simulation, jeu maniaque (mutisme ludique).

— Stéréotypies, impulsions, persévérations verbales, parasitage :

Les stéréotypies verbales sont une répétition sans fin de groupes de mots, d'une façon mécanique. En dehors de la schizophrénie (hébéphrénocatatonies), on observe aussi ce trouble dans la mélancolie délirante (« je suis pourri, je suis pourri »).

La palilalie traduit une perturbation de la régulation des actes volontaires. La palilalie est une répétition de syllabes, de mots ou de phrases, mais sa signification est différente des stéréotypies : syndrome parkinsonien, pseudo-bulbaire (démence artériopathique), maladie de Pick (avec palligraphie : écriture répétée). Elle est souvent associée à l'écholalie (répétition des paroles prononcées et de l'intonation qui les accompagne).

La persévération verbale est la répétition itérative d'une réponse à une question antérieure, dans la suite de l'entretien. En dehors de la schizophrénie, on observe ce trouble dans les atteintes organiques : confusion, démence, épilepsie, aphasie.

Les impulsions verbales sont des productions verbales supplémentaires, involontaires, à type de formules ou de séries de mots (souvent à connotation injurieuse ou grossière : coprolalie). On en observe dans la névrose obsessionnelle, les syndromes démentiels et l'épilepsie partielle.

Le parasitage de la phrase par un son, un mot, une phrase, sans aucun rapport avec le contexte textuel est très évocateur d'un délire, ou d'un trouble dissociatif du cours de la pensée.

• Sémantique, syntaxe :

La sémantique du langage comporte l'analyse du vocabulaire (étendue, richesse, néologismes, déformations), de la grammaire, de la syntaxe du discours et du style d'expression. L'examen sémantique approfondit le degré et la forme de l'incompréhensibilité du langage spontané (verbal et écrit), provoqués par l'interrogatoire ou suscités par des tests, des lectures sur des thèmes particuliers.

L'aliénation du langage est caractéristique des troubles psychotiques. Même si ces troubles existent dans les états confusionnels, démentiels, maniaques, dépressifs, l'aliénation du langage est avant tout caractéristique des états schizophréniques.

Dans la psychose, le langage présente alors un double aspect déficitaire et « capacitaire » (Racamier) où le sens du langage est utilisé d'une façon particulièrement riche par le patient.

- Le langage incohérent (d'origine organique ou thymique) est différencié du langage incompréhensible :
 - l'incohérence du langage l'est tout autant pour l'observateur que pour le patient;
 - le langage incompréhensible l'est uniquement pour l'observateur, à moins que ce dernier ne se donne la peine de déchiffrer les arcanes sémantiques de ce langage secret. Ce déchiffrage n'est pas sans rapport avec l'interprétation d'une production onirique ou l'apprentissage d'une langue étrangère. Le langage incompréhensible reflète l'aliénation du langage.

Il est possible de repérer dans l'aliénation du langage :

- **Des altérations grammaticales et syntaxiques :**
 - style télégraphié;
 - trouble de l'ordonnance verbale;
 - syndrome de Ganser¹ : réponses données systématiquement à côté dans une syntaxe normale;
 - schizophasie : langage incompréhensible de par le groupement des mots utilisés, associée ou non à la schizophrénie.
- **Des détournements de la fonction du langage** où celui-ci n'est plus déformé par rapport à la pensée qu'il veut exprimer mais où il a perdu sa fonction première de communication.

Le langage est utilisé d'une façon automatique, véritable « machine à parler » :

 - stéréotypies verbales : répétitions uniformes de mots isolés ou groupés d'une façon invariable;
 - verbigeration : répétition anachronique de mots ou de propositions dénués de sens et enchaînés sous forme de discours « le prof est assis, je conforme le présent, si la rue est grande, le prof est à six, je concile de Trente, le prof, etc. ».
- **Des langages néologiques** qui n'ont de sens que pour le patient, ce sont des « langages privés » (Jaspers).

Le langage prend alors un sens métaphorique.

Les néologismes prennent un sens multiple où la condensation symbolique est utilisée de la même manière que dans le rêve. « je suis d'une ratrie de six enfants », « je suis une commercionalisation », « je regréternelle sans cesse ».

La glossomanie est « un ensemble de manifestations verbales néoformées, accumulées sans souci de syntaxe, et dépourvues de fixité et de signification propre... ».

Le sens n'existe ni pour son auteur ni pour l'auditeur. « Je suis le devoir du tri, mystère, tri mystère du Finistère, des Trélandious, des Trébiouis, etc. ». En dehors des excitations thymiques au cours des psychoses, on la retrouve dans les accès maniaques.

La glossolalie est un langage volontairement créé par le patient : « langage martien, des T.E.R., langage du diable, etc. ». La glossolalie est une sorte de langue étrangère pour le médecin mais qu'il peut apprendre et traduire s'il en percevait les règles syntaxiques, grammaticales et de vocabulaire; c'est la « perfection dans l'aliénation du langage » (Racamier).

• Aphasies :

L'aphasie désigne un trouble qui porte sur l'expression et la compréhension du langage et qui, en dehors de la maladie d'Alzheimer, n'est pas secondaire à un syndrome démentiel, à une atteinte sensorielle ou à un dysfonctionnement moteur périphérique.

L'**aphasie de Wernicke** est une aphasie sans trouble de l'articulation verbale, agnosognosique, où les mots sont déformés, pris les uns pour les autres : logorrhée jargonaphasique (à différencier des troubles schizophréniques).

L'**aphasie de Broca** est une aphasie avec une atteinte de l'articulation verbale : anarthrie. Elle est souvent associée à une hémiplégie droite.

En psychiatrie, on retrouve des aphasies plutôt de type Wernicke dans les démences de type Alzheimer et les démences artériopathiques par, respectivement, atteinte atrophique et vasculaire de l'hémisphère temporal gauche (chez le droitier) à prédominance postérieure.

La **dysarthrie** est un trouble de l'articulation spontané ou sur commande (que l'on recherche en faisant répéter correctement les phrases typiques : « 33 rue Ledru-Rollin », « six petites pipes fines »). C'est un signe précoce de paralysie générale.

5.1.2. Gnosies et praxies :

Les agnoses sont des perturbations concernant la possibilité de reconnaître et d'identifier les objets sans atteinte sensitive, sensorielle ou intellectuelle (en dehors de l'Alzheimer).

1. Le syndrome de Ganser est aussi retrouvé dans les états épileptiques hystériques, la confusion, la simulation (milieu carcéral et militaire).

Les apraxies (cf. trouble du schéma corporel) sont des perturbations de la motilité volontaire, sans atteinte gnosique, intellectuelle (en dehors de l'Alzheimer) ou de la motricité périphérique.

Comme les aphasies, les agnosies et les apraxies sont des troubles qui renvoient avant tout à des pathologies neurologiques (vasculaires, traumatiques, tumorales et infectieuses).

Il faut pouvoir toutefois savoir les reconnaître pour les différencier des troubles psychiatriques (syndrome déméntiel, délire, schizophrénie, etc.) et les rattacher éventuellement à la démence d'Alzheimer qui, du fait de l'atrophie cortico-sous corticale, comporte un syndrome aphaso-apraxo-agnosique au début de l'affection.

5.2. Analyse des fonctions mnésiques

- La mémoire est habituellement décrite comme comportant trois processus interdépendants :
 - . processus de mémorisation : fixer l'information, intégration, engrammation;
 - . processus de conservation : stockage des informations;
 - . processus de remémoration : restitution des informations.
- L'intégrité neurologique de plusieurs structures cérébrales est essentielle pour son bon fonctionnement :
 - . formation réticulée : vigilance, attention, fixation, remémoration;
 - . système limbique : fixation;
 - . cortex : stockage donc évocation.
- Plusieurs facteurs non spécifiques interviennent aussi :
 - . la vigilance, l'attention, la motivation;
 - . l'état affectif au moment de la situation de la mémorisation;
 - . la répétition, l'apprentissage;
 - . la forme et la nature de l'information;
 - . l'âge, la prise de toxiques ou de médicaments.

5.2.1. Amnésie :

On décrit plusieurs types d'amnésie.

• Amnésie de fixation (amnésie antérograde) :

Incapacité d'intégration des informations nouvelles avec conservation des informations anciennes. Les informations nouvelles sont oubliées quelques minutes, ou quelques heures, après leur intégration.

On observe cette amnésie dans le syndrome de Korsakoff, lors de lésions corticales [traumatisme crânien avec coma]. Dans certaines pathologies aiguës, une **lacune amnésique** couvre la période où les souvenirs n'ont pas été fixés : traumatisme crânien, confusion mentale, crise d'épilepsie, sismothérapie, ictus amnésique.

• Amnésie d'évocation (amnésie rétrograde) :

Incapacité de se remémorer une information antérieurement et correctement fixée. L'amnésie d'évocation peut déborder (débord rétrograde) avant le début de l'affection en cause.

Dans la vie quotidienne, ces oublis sont fréquents et peuvent avoir un intérêt dans une perspective psychodynamique : l'oubli est alors une manifestation d'un refoulement névrotique (amnésie élective).

En clinique psychiatrique, on observe l'amnésie d'évocation lors d'une destruction du stock mnésique (atteinte corticale), dans les ictus amnésiques (sur les jours qui précèdent l'ictus), lors des épisodes confusionnels, des épisodes mélancoliques, dans l'hystérie (amnésie lacunaire) et dans la schizophrénie (avec indifférence ou perplexité par rapport à l'épisode).

5.2.2. Paramnésies :

« Mais le roi doit être en F7... il n'est pas à sa place du tout ! Vous vous êtes trompé ! Tout est faux sur cet échiquier... ce pion-là est en G5, pas en G4... c'est une tout autre partie... c'est... »

Stefan Zweig, « Le joueur d'échecs »

Les paramnésies sont des distorsions de la mémoire.

On décrit :

- **L'ecmnésie** : émergence brutale de souvenirs anciens qui sont vécus comme actuels : le passé est le présent. On observe ce trouble dans la confusion mentale, l'hystérie, les crises d'épilepsies partielles (temporales) et lors de la prise d'hallucinogènes.
- « **Déjà vu** », « **déjà vécu** » : sensation devant une scène actuelle de revivre une scène de son passé : le présent est le passé. En dehors d'un phénomène banal, mais inexplicable, de la vie quotidienne, on observe ce phénomène dans la crise d'angoisse, les états oniroïdes, la schizophrénie et les épilepsies temporales (dreamy-state).

5.2.3. Hypermnésies :

« Comment se figurer enfin un homme, un homme doué d'intelligence, qui puisse, sans devenir fou, et pendant dix, vingt, trente, quarante ans, tendre de toute la force de sa pensée vers ce but ridicule : acculer un roi de bois dans l'angle d'une planchette ! »

Stefan Zweig, « Le joueur d'échecs »

Les hypermnésies paroxystiques sont des états de libération, d'exaltation mnésique avec évocation de souvenirs, de situations anciennes, de « toute la vie en un instant », etc.

Ces états paroxystiques sont décrits dans les états maniaques (lors de l'accélération des processus mnésiques), chez les sujets victimes d'accidents ou chez des sujets mourants.

Les hypermnésies permanentes sont observés chez des sujets qui ont des capacités mnésiques prodigieuses et hypertrophiées, parfois au détriment d'autres domaines d'investissement (intelligence, affect, etc.).

En dehors des hypermnésies au service de l'intelligence (joueurs d'échecs, personnalité obsessionnelle, paranoïaque), il est possible de retrouver des hypermnésies dans certaines dysharmonies évolutives (psychose autistique) ou dans les psychoses dissociatives.

5.3. Troubles du fonctionnement de la pensée, du jugement

« La pensée est libre ou elle n'est pas »

Alain, « Propos », 22 Décembre 1934

La pensée est une activité consciente qui combine les différentes idées fournies et enrichies par la perception, la mémoire, l'imagination, la connaissance, le raisonnement, l'affectivité et l'émotion.

La pensée est donc un enchaînement d'idées, d'associations qui aboutissent à des conclusions ou à des jugements sur la réalité, aussi bien intérieure qu'extérieure.

ANALYSE DES ALTÉRATIONS DE LA PENSÉE

- La pensée peut être altérée dans :
 - . son déroulement, plus ou moins rapide : troubles du cours de la pensée;
 - . son contenu : présence d'idées fixes, obsédantes, délirantes, dépressives;
 - . ses modalités de fonctionnement : distorsions globales de la pensée;
 - . son jugement : par carence intellectuelle ou distorsion globale.

5.3.1. Trouble du cours de la pensée :

• Tachypsychie :

- La tachypsychie est une accélération de l'ensemble des processus intellectuels. Elle se traduit par :
 - . un débit verbal accéléré : logorrhée;
 - . une fuite des idées : éparpillement de la pensée, incapacité à poursuivre une idée, un raisonnement à son terme. Les digressions sont nombreuses, les détails sont multiples et superflus;
 - . des associations d'idées superficielles, par assonances, jeux de mots ou sans lien apparent : « coq à l'âne ».
- Ce trouble est présent dans l'accès maniaque, les intoxications aux psycho-stimulants (café, nicotine, amphétamines, cannabis).

• Bradypsychie :

- La bradypsychie est un ralentissement de l'ensemble des processus intellectuels. Elle se traduit par :
 - un discours lent, laborieux, hésitant, voire absent;
 - un appauvrissement de la pensée : pensée monoïdée (une seule idée prévalente qui revient incessamment);
 - des associations d'idées pauvres, rares, fragmentées.
- On observe ce trouble dans le syndrome dépressif (de type mélancolique surtout), elle est la conséquence du ralentissement psychomoteur.
- On observe aussi ce trouble dans le syndrome confusionnel (trouble de la synthèse mentale). La bradypsychie est alors la conséquence de l'obnubilation intellectuelle et de la viscosité de la pensée.

• Troubles de la cohésion mentale : dissociation de la pensée :

La dissociation de la pensée est caractéristique de la schizophrénie. Elle est reflétée par une discontinuité dans la progression de la pensée et témoigne de la perte de la cohésion entre les différents contenus idéiques.

Elle se traduit :

- **Au niveau de son cours global**, par une altération du débit idéique : accélération, ralentissement, voire suspension brusque du discours (barrage). Après un barrage le sujet reprend son discours sur un thème identique ou différent, sans qu'il en soit particulièrement affecté. Parfois le discours ralentit, devient presque inaudible puis reprend spontanément son rythme : fading mental.
- **Au niveau de son agencement thématique**, par le relâchement des associations idéiques entraîne une diffluence du discours : multiplication des thèmes sans achèvement d'un seul.

5.3.2. Trouble du contenu de la pensée :

• Pensée déréelle :

La pensée déréelle est la pensée propre aux rêves, à l'inspiration créatrice, à l'imagination, aux pensées non pas soumises aux exigences de la réalité mais aux fantasmes, aux exigences instinctuelles, affectives.

En pathologie la pensée « déréistique » caractérise la pensée autistique du schizophrène : rupture avec le monde extérieur et investissement quasi-exclusif de son monde intérieur.

• Mythomanie :

La mythomanie est la falsification de l'existence par l'invention consciente d'une réalité où le sujet se réserve le plus beau rôle.

Le sujet ment aux autres aussi bien qu'à lui-même. Le but d'une telle attitude est essentiellement narcissique. On retrouve la mythomanie aussi bien dans la personnalité hystérique que dans la personnalité psychopathique (but utilitaire : escroquerie).

• Idée fixe :

- L'idée fixe est une idée égasyntonique¹, à thématique unique (monoïdéisme), qui s'impose au sujet et qui envahit l'ensemble de son attention et de son activité intellectuelle.
- En dehors des situations pathologiques, elle peut être à la base des activités créatrices (inventeur, chercheur, etc.). Elle est présente aussi dans les situations de bouleversement émotionnel intense (amour, perte, deuil, échec).
- L'idée fixe est pathologique lorsqu'elle survient :
 - dans les suites d'une confusion mentale : idée fixe post-onirique;
 - dans la mélancolie : elle témoigne de la bradypsychie, de l'appauvrissement de la pensée;
 - dans les délires systématisés : les délires paranoïaques de type passionnel se cristallisent autour d'elle, elle devient alors « l'idée prévalente ».

1. Egasyntonique : une idée égasyntonique est une idée conforme à la pensée, à la personnalité. On l'oppose à l'égodystonie des idées obsessionnelles.

— Idée obsédante :

Les obsessions sont des idées, des affects ou des images qui surviennent, de façon parasite, dans la pensée. Elles s'imposent de façon répétée et involontaire à la conscience du sujet.

Le sujet, comme dans toute névrose, reconnaît cette pensée comme sienne (ce qui l'oppose à l'idée délirante, à l'automatisme mental) malgré son caractère absurde, pathologique, égodystonique.

— Les obsessions peuvent résulter :

- . d'une idée, d'une image mentale qui entraînent une rumination permanente, des doutes, des scrupules : obsessions idéatives;
- . d'une idée représentée par la peur permanente d'une maladie, d'une contamination : obsessions phobiques;
- . d'une idée représentée par la peur de commettre un acte répréhensible, agressif, dangereux ou absurde : obsessions impulsives. (Par exemple : jeter son bébé par la fenêtre, se jeter sous le métro, caresser les cheveux ou les seins des femmes dans les lieux publics, etc.).

En dehors de la névrose obsessionnelle où elles sont constantes, les obsessions peuvent être présentes dans :

- . les accès mélancoliques : ruminations de suicide, de défenestration, etc.;
- . les formes pseudo-névrotiques de la schizophrénie.

— Idée délirante :

« Ce n'est point le contenu des pensées qui définit le fou; c'est le jugement qu'il porte sur la valeur de ce contenu, la puissance illégitime que prend une pensée. »

Paul Valéry

L'idée délirante est une croyance, en une idée erronée, conviction inébranlable, en totale opposition avec la réalité ou l'évidence. L'idée délirante repose non seulement sur des croyances ou des conceptions propres aux thèmes du délire (mégalomanie, persécution, etc.), mais aussi sur des phénomènes « idéo-affectifs » qui sont les mécanismes du délire (intuition, interprétation, hallucination, etc.).

Même si l'idée n'est pas en opposition totale avec la réalité (un mari ayant un délire de jalousie peut être authentiquement cocu), le caractère **inébranlable**, la **croyance absolue** en cette idée s'impose pour le sujet de façon évidente pour lui (évidence interne).

Le vécu affectif du patient en rapport avec cette idée et le remaniement total de la personnalité qui lui est concomitant, sont alors essentiels pour diagnostiquer et caractériser l'idée délirante.

Comme l'idée délirante peut se rencontrer dans plusieurs variétés d'états pathologiques (états psychotiques, troubles thymiques, désordres organiques), on utilisera, par la suite, le terme de syndrome délirant.

La caractérisation d'un syndrome délirant selon la durée, le mécanisme, la thématique et la structure est un temps essentiel de la démarche diagnostique (cf. chapitre Conduite à tenir).

— Idée dépressive :

L'idée dépressive est caractéristique de la psychologie dépressive. Elle est constituée par des idées pessimistes et négatives concernant :

- . le Moi : idées de dévalorisation, de culpabilité;
- . le monde extérieur : rejet sur le monde de la responsabilité de son état, incompréhension du monde à son égard, incapacité à l'aider;
- . le futur : absence de projets, incurabilité, idées de mort.

5.3.3. Distorsion globale de la pensée :

• Autistique :

La pensée autistique est une pensée qui est détachée des contraintes de la réalité extérieure. Le patient vit alors dans son monde intérieur, coupé de tout sauf de ses pensées.

Cet état caractérise la pensée dans la schizophrénie.

• Magique :

La pensée magique est le fait d'attribuer un pouvoir réel à une idée : « toute-puissance des idées. »

La pensée magique est caractéristique du mode de pensée de l'enfant, des pensées superstitieuses et de certains rituels religieux (« pour conjurer le mauvais sort »).

En pathologie, on la retrouve dans la névrose obsessionnelle et dans la schizophrénie (« quand je ferme les yeux, des hommes meurent dans le monde »).

• **Paralogique :**

La pensée paralogique a les apparences de la logique sans en avoir ses fondements.

L'idée de départ est une idée erronée, par la suite le raisonnement paraît exact mais la conclusion est aussi absurde que l'idée initiale était fausse. Ce mode de pensée se retrouve dans la personnalité paranoïaques et les délirs paranoïaques.

• **Rationalisme morbide :**

Le rationalisme morbide est un raisonnement détaché du réel, pseudo-philosophique, pseudo-scientifique (Minkowski).

Ce terme est réservé à la description de la pensée du schizophrène.

Ex : « tout cela est lié à la paralysie du cerveau gauche qui entraîne, comme vous le savez en tant que médecin, un sang gelé qui empoisonne mes veines et mes humeurs ».

5.3.4. Évaluation globale de l'intelligence :

*« Si nous savions nous ne parlerions pas, nous ne penserions pas, nous ne nous parlerions pas. »
Paul Valéry, « Monsieur Teste »*

L'intelligence, au sens psychiatrique, est une aptitude élaborée à connaître, à comprendre, à appréhender les différentes données d'une situation nouvelle à l'aide des expériences du passé.

- Cette aptitude à forger de nouveaux concepts est composée de trois facteurs qui sont mis en évidence par l'examen clinique et les tests psychologiques :
 - **l'intelligence abstraite** : capacité à manipuler des idées abstraites, des symboles;
 - **l'intelligence concrète** : capacité à manipuler des objets, à les inclure dans des opérations complexes;
 - **l'intelligence sociale** : capacité d'agir dans des relations interpersonnelles.
- Pour l'évaluer correctement, l'intelligence fait intervenir aussi les autres domaines appréhendés par l'examen clinique :
 - conscience; modalités de la relation; conduites instinctuelles; mémoire; langage, fonctions symboliques; affectivité; évaluation de la personnalité.
- La capacité à juger est l'une des activités les plus élaborées de l'intelligence. Elle fait appel à la synthèse des différentes données fournies par la pensée : mémoire, raison, déduction, abstraction et le propre système de références idéo-affectives du sujet.

• **Trouble du jugement par carence intellectuelle :**

- On différencie les troubles du jugement :
 - **par carence précoce et congénitale** : arriération, débilité mentale;
 - **par carence transitoire et réversible** : syndrome confusionnel. Le sujet est perplexe, interrogatif, suggestible;
 - **par carence acquise, progressive, définitive** en l'absence de cause curable : syndrome démentiel.
- Dans le syndrome démentiel, les troubles du jugement sont constants et précoces.
- Ces états sont à différencier des états où l'efficacité intellectuelle est atteinte d'une façon fonctionnelle, avec une potentialité intacte :
 - syndrome dépressif chez le sujet âgé;
 - états anxieux, névrose phobique;
 - états psychotiques.

5.4. Troubles des activités perceptives

La perception est l'activité qui consiste en la prise de conscience de soi et des objets environnants à partir des données sensorielles.

La perception fait intervenir le système sensitivo-sensoriel, l'intégration corticale, la vigilance, la mémoire, et l'inconscient.

- Les troubles de la perception sont surtout représentés par les hallucinations qui peuvent être :
 - . non critiquées : hallucinations psychotiques ou délirantes;
 - . critiquées : hallucinose.

« Un homme qui a la conviction intime d'une sensation réellement perçue, alors que nul objet extérieur propre à exciter cette sensation n'est à portée des sens est dans un état d'hallucinations. »
Esquirol

« L'hallucination est une perception sans objet à percevoir. Halluciner c'est d'abord et avant tout transgresser la loi de la perception; c'est percevoir ce qui ne comporte pas de perception » H. Ey.

On la différencie de l'interprétation qui perçoit juste mais conclue faux, et de l'illusion qui perçoit d'une façon déformée un objet à percevoir.

Au cours de l'examen clinique, on suspecte des hallucinations par des attitudes d'écoute, des attitudes imposées ou des attitudes bizarres (lutte contre des agresseurs invisibles, démarche précautionneuse (« pour ne pas écraser les crabes par terre »), coton dans les oreilles, etc.)

5.4.1. Hallucinations non psychotiques :

• Hallucinose :

Répétition invariable des mêmes crises hallucinatoires avec un début et une fin brutaux. **La critique de l'hallucination définit l'hallucinose.**

Dans l'hallucinose, « l'élément idéique est minimum, l'élément affectif est absent, l'origine mécanique est nette » (De Clérambault, 1942).

On observe les hallucinoses dans les lésions pédonculaires et dans les épilepsies partielles.

On retrouve dans l'ecmnésie un défilé panoramique, visuel, de reviviscences, de souvenirs.

• Hallucinations physiologiques :

Des hallucinations sont possibles à l'endormissement (hallucinations hypnagogiques), au réveil (hallucinations hypnopompiques) et lors d'expériences de privation de sommeil ou d'isolement sensoriel.

5.4.2. Hallucinations psychotiques :

L'hallucination, qui survient dans un contexte délirant, n'est pas reconnue par le sujet comme une émanation de sa conscience : c'est un phénomène étranger à lui, non reconnu comme morbide, à la différence de l'hallucinose. L'hallucination, dans un délire, entraîne une conviction intime et absolue de la sensation perçue.

Parfois, l'hallucination psychotique n'est pas immédiatement admise comme une réalité, le patient voit, ressent, mais doute encore de l'objectivité de sa vision :

- « on me fait un truc incroyable, Docteur, c'est fou les progrès qu'ils font à la télévision : je reçois tout directement dans ma tête. C'est fou non ? »

ATTITUDES ÉVOCATRICES D'HALLUCINATIONS SOUS-JACENTES

- Certaines attitudes, en l'absence des dires du patient, en raison de sa réticence à livrer son délire, sont très évocatrices d'hallucinations sous-jacentes :
 - . acte imposé par une voix, dans une thématique d'influence;
 - . attitude d'écoute, propre aux hallucinations auditives, le patient se fige, le regard fixe, silencieux, comme s'il écoutait une voix. Parfois un dialogue peut s'engager avec la ou les voix;
 - . interruption brutale du discours, puis reprise de la conversation;
 - . obturation des oreilles par du coton, des haricots, un casque de walk-man;
 - . obturation des portes, des conduits d'aération;
 - . port de « ceinture de chasteté »;
 - . attitude indifférente ou indignée.

• Hallucinations psychosensorielles :

L'objet perçu est situé à l'extérieur du sujet (spatialisé) et dépend d'un organe des sens (sensorialisé) sans les stimuli qui normalement déclenchent la perception.

CARACTÉRISTIQUES DES HALLUCINATIONS PSYCHOSENSORIELLES

- **Auditives** : sons, sifflements, musiques, voix, perçus par l'oreille et non par la pensée.
- **Visuelles** : animaux (delirium tremens), fumées, visages, lettres. Elles peuvent être mobiles ou immobiles (apparition des mystiques).
- **Olfactives, gustatives** : prédominance d'odeurs ou de sensations gustatives désagréables (ammoniaque, œufs pourris, cadavre).
- **Tactiles** : sensation de piqûres, de froid, de chaud. Parfois le patient décrit la sensation d'un écoulement d'eau ou d'une toile d'araignée sur sa peau (penser à la sclérose en plaques).
- **Cinesthésiques** : concerne la sensibilité proprio et interoceptive.

• Hallucinations psychiques :

- Le terme de « psychique » signifie qu'il n'y a pas d'intervention d'un appareil sensoriel dans la perception de l'hallucination. Ce sont des représentations mentales, des idées qui s'imposent à la pensée. Il n'y a pas d'objectivation possible dans l'espace.
- Les hallucinations psychiques, ou intra-psychiques peuvent être :
 - **visuelles** : images mentales, représentations scéniques, imagerie animée;
 - **auditives** : le patient reçoit par la pensée, la télépathie, des voix, des « conversations d'âmes ». Ces voix peuvent répéter sa pensée, ses lectures ou commenter ses actes comme dans l'automatisme mental.

• Hallucinations psychomotrices :

Dans les hallucinations verbales psychomotrices, le sujet ne reçoit pas mais émet des paroles, parfois à voix haute, ou avec des mouvements de lèvres à peine perceptibles. C'est un phénomène rare.

Elles concernent surtout les membres et l'appareil phonatoire.

L'émission des mots s'impose au sujet malgré lui, et il peut dialoguer avec ses hallucinations. Le patient dénie systématiquement que les propos hallucinatoires lui appartiennent. Il peut attribuer ces voix à son cerveau, son estomac ou ses organes génitaux (J. Seglas).

Au niveau des membres, le sujet a la sensation que l'on mobilise ses membres, qu'on l'oblige à marcher, à agir. Il sent les mouvements, sans les exécuter.

• Syndrome d'automatisme mental (De Clérambault) :

« S'il parle, la voix d'un ange dit d'avance tout ce qu'il va dire; s'il lit, cette même voix se fait entendre avant qu'il prononce les mots; s'il écrit, les voix lui dictent. »

Esquirol

L'automatisme mental désigne l'échappement hors du contrôle de la volonté du sujet d'une partie de sa pensée. Cette pensée, autonome, rend le patient passif à son égard.

Par la suite, l'automatisme mental peut prendre des caractéristiques plus sensorielles, plus hallucinatoires (hallucinations intra-psychiques ou psychosensorielles).

On trouve l'automatisme mental dans les psychoses hallucinatoires chroniques avant tout, les bouffées délirantes aiguës et les formes paranoïdes de schizophrénie.

— Automatisme idéo-verbal :

Encadré ci-contre.

AUTOMATISME IDÉO-VERBAL

- **Commentaire des actes ou de la pensée** (avant, pendant ou après l'action ou la pensée du patient). Le contenu est souvent désobligeant, insultant, ironique, menaçant, plus rarement laudatif : « tu es la plus belle ».
- **Écho de la pensée, de la lecture ou de l'écriture** : le patient entend une voix qui répète sa pensée, à mesure qu'elle se déroule. Parfois l'écho précède la pensée (pensée devancée).
- **Vol et devinement de la pensée** : le patient ressent l'intrusion d'un autre dans sa pensée : « vous savez très bien ce que je pense, Docteur, et vous ne voulez pas me répondre ».
- **Mots jaculatoires, tortués, explosifs, en dehors de la volonté du patient**. Cela peut être des absurdités, des non-sens ou un dévidage de la pensée, des souvenirs sur lesquels il n'a pas pris : « ça m'arrête pas de penser ».

— Automatisme sensitif :

Hallucinations psychosensorielles visuelles, gustatives, olfactives et cénesthésiques constituant un parasitisme des perceptions normales. Leur caractère peut être voluptueux ou douloureux.

— Automatisme moteur :

Hallucinations psychomotrices faites de mouvements imposés (impulsions motrices) ou d'articulations verbales forcées. Pour De Clérambault, l'ensemble de ces trois automatismes constitue le triple automatisme mental ou grand automatisme mental : idéo-verbal, sensitif et moteur.

Il représente la base des psychoses hallucinatoires chroniques mais se retrouve aussi dans les états psychotiques aigus (bouffée délirante aiguë) ou chroniques (schizophrénie paranoïde).

5.4.3. Valeur sémiologique des hallucinations :

Elle reste importante et multiple (Tab. 1).

Les hallucinations visuelles doivent faire avant tout suspecter un processus organique (confusion mentale : toxiques, infections, etc.). Les hallucinations auditives sont plus fréquentes dans les psychoses fonctionnelles.

HALLUCINATIONS AU COURS D'ÉPISODES AIGUS

- Confusion mentale : hallucinations visuelles surtout
- délire onirique du *delirium tremens* : thèmes professionnels, zoopsiques;
- ivresse : forme délirante, hallucinatoire;
- sevrage : délire alcoolique subaigu, *delirium tremens*;
- hypoglycémies, accidents vasculaires cérébraux, encéphalites infectieuses (HIV);
- drogues, toxiques.
- Mélancolie délirante :
 - flammes de l'enfer, odeur de pourriture, « voix » accusatrice incitant le suicide.
- Bouffée délirante aiguë :
 - hallucinations auditives multiples, incohérentes, automatisme mental.

HALLUCINATIONS AU COURS D'ÉPISODES CHRONIQUES

- Psychose hallucinatoire chronique :
 - hallucinations multiples, riches, constantes surtout auditives, automatisme mental, hallucinations génitales cénesthésiques.
- Schizophrénie :
 - paranoïde : automatisme mental, hallucinations polymorphes, incohérentes;
 - catatonique : riche vécu hallucinatoire.
- Syndrome démentiel :
 - fréquence des hallucinations auditives, thématique pauvre.

En raison de la présence d'étiologies organiques, tout patient présentant des hallucinations doit avoir un bilan organique soigneux, surtout en phase initiale. Au besoin, on fait un bilan infectieux, un EEG, un fond d'œil et une tomодensitométrie cérébrale.

5.5. Trouble de la conscience de soi et de l'environnement

- La conscience de soi et de l'environnement est envisagée ici dans ses trois dimensions :
 - la **vigilance** : aspect quantitatif de la conscience, sous la dépendance de l'activité de la formation réticulée, qui permet une conscience claire et réfléchie; aspect qualitatif dans les états particuliers de la conscience;
 - l'**attention** : qui permet au sujet de mobiliser sa conscience dans une direction donnée;
 - la **conscience de soi, de sa personne, du monde** : où les troubles sont appréhendés, selon un aspect neurologique, somatique (trouble de l'image corporelle) et psychique (dépersonnalisation).

5.5.1. Troubles de la vigilance :

• Troubles quantitatifs de la vigilance :

Les troubles quantitatifs de la vigilance représentent les états compris entre une vigilance normale et le coma.

STADES D'ALTÉRATION DE LA VIGILANCE

On différencie plusieurs stades, successifs, et croissants, d'altération de la vigilance :

- **Obnubilation** : difficulté de compréhension, de concentration, ralentissement de la pensée, trouble de l'orientation spatio-temporelle. Seul un effort soutenu, qui ne peut être que transitoire, permet au sujet de sortir de cet état.
- **Hébétéude** : atteinte encore plus massive de la lucidité, des activités intellectuelles (pensée, mémoire, attention). Les fonctions intellectuelles apparaissent comme sidérées, en suspens; le sujet paraît absent.
- **Confusion** : état de dissolution marquée de la conscience qui fluctue entre l'obnubilation et la stupeur et qui associe une désorientation temporo-spatiale, des troubles de la mémoire et des fonctions intellectuelles.
- **Coma** : perte totale (coma carus) ou partielle (coma vigil) de la conscience et de la réactivité aux stimuli.

• Troubles qualitatifs de la vigilance :

Les troubles qualitatifs de la vigilance sont des états de conscience où la réalité est perçue d'une façon altérée, avec une poursuite des activités matrices et une conscience partielle de ce vécu étrange : états oniroïdes; états crépusculaires; états seconds.

— États oniroïdes :

Ils désignent une « infiltration des constructions du rêve dans la pensée vigile » (Ey).

Le sujet voit son réel envahi par une fiction délirante polymorphe qui trouble sa conscience du monde, son affectivité et son comportement. Le monde est déformé par ses troubles de la perception (illusion, hallucination, distorsion du temps).

Le patient garde, malgré tout, une perception relativement bonne de la réalité, entrecoupée de moments de terreurs, d'extase et de perplexité.

Cet état survient essentiellement dans la bouffée délirante aiguë primaire ou secondaire (organique, toxique).

— États crépusculaires :

L'état crépusculaire est un état d'affaiblissement de la conscience, où le sujet méconnaît la réalité, dans une ambiance de dépersonnalisation voire de déréalisation.

Parfois, il y a production d'images oniroïdes, hallucinatoires. Toutefois, le sujet garde une activité relativement coordonnée et cohérente.

A la différence de la confusion mentale, il peut critiquer ses hallucinations ou son onirisme. Cet état transitoire est suivi d'une amnésie lacunaire partielle ou totale de l'accès.

Ces états se rencontrent dans l'hystérie, les épilepsies partielles, les troubles métaboliques, les suites d'un choc affectif intense.

— États seconds :

Les états seconds sont représentés par des états transitoires, où le sujet se livre à des actes très précis, en dehors de tout trouble de la vigilance. Par la suite, le sujet peut critiquer son attitude qui apparaît alors en rupture avec sa personnalité, ses opinions, son éducation.

Ces états sont sensibles à la suggestion (déclenchement ou interruption par suggestion, hypnotisme) et suivis d'une amnésie lacunaire superficielle qui peut être levée par subnarcose. Ils peuvent être accompagnés d'un sentiment d'extase, d'hallucinations, de phénomènes de glossolalie, d'écholalie, d'échopraxie.

On observe les états seconds au cours de l'hystérie, d'états somnambuliques ou hypnotiques, de résurgences mnésiques post-traumatiques et comme équivalent dépressif, en particulier en Afrique du Nord (bouffée délirante transculturelle).

5.5.2. Troubles de l'attention :

• Hyperprosexie : augmentation de l'attention :

- L'hyperprosexie ne devient pathologique que lorsqu'elle empêche les sujets de polariser leur attention sur un autre secteur :
 - états anxieux : polarisation sur les craintes, les peurs;
 - états dépressifs : polarisation sur les thèmes pessimistes : monaïdéisme;
 - états névrotiques obsessionnels, hypochondriaques : polarisation sur l'idée obsédante, sur la maladie redoutée;
 - états délirants : polarisation sur la thématique et sur les mécanismes de son délire (hallucinations).

• Aproxexie ou hypoprosexie : diminution ou perte de l'attention :

- On observe une aproxexie dans le cadre :
 - des syndromes confusionnels et démentiels : incapacité de se concentrer sur une tâche, distractibilité (l'un des premiers signes à apparaître dans les démences);
 - du syndrome délirant : l'une des conséquences de l'hyperprosexie secondaire au délire, est l'aproxexie : incapacité à se concentrer sur une autre idée que l'idée délirante;
 - de l'accès maniaque : l'attention spontanée existe, mais est mobile à l'infini. L'attention volontaire est quasi-inexistante. Le sujet ne peut garder une attention suffisante pour mener un raisonnement ou une tâche donnée jusqu'au bout.

5.5.3. Troubles de la conscience de soi :

Les altérations de la conscience de soi expriment l'écart entre le comportement réel observable du sujet et le vécu intime de sa personne. Ce décalage n'est pas perçu par le sujet : « je ne suis pas fou, je suis lucide ».

Lorsque l'angoisse est vécue dans l'espace corporel, aussi bien moteur que sensitif, on parle de perturbations somatognosiques ou cénestopathiques.

Lorsque le trouble de la conscience de soi provoque une remise en cause de la réalité de la personne intime dans ses limites, on parle de dépersonnalisation ou de déréalisation.

• Trouble du schéma corporel :

— Héautoscopie :

« Eh ! bien ?... on y voyait comme en plein jour, et je ne me vis pas dans ma glace !... Elle était vide, claire, profonde, pleine de lumière ! Mon image n'était pas dedans... et j'étais en face, moi ! »

Maupassant, « Le Horla »

L'héautoscopie est la vision de sa propre image corporelle (hallucination). On observe ce phénomène au cours des manifestations épileptiques ou psychotiques.

L'héautoscopie négative est l'absence de vision de son image dans un miroir (psychose dissociative le plus souvent).

— Apraxie :

- **Apraxie idéatoire** : atteinte du schéma nécessaire à la réalisation d'un acte complexe, alors que la séquence gestuelle élémentaire est correctement constituée. La localisation de l'atteinte est diffuse temporo-pariéto-occipitale gauche chez le droitier.
- **Apraxie idéomotrice** : atteinte de la réalisation du geste élémentaire. La localisation de l'atteinte est pariétale gauche chez le droitier (atteinte bilatérale du geste) ou calleuse antérieure (en cas d'atteinte unilatérale du geste).
- **Apraxie constructive** : trouble de la construction dans le domaine visuo-spatial à droite, à gauche, ou bilatéralement (incapacité de dessiner spontanément ou sur ordre des figures géométriques simples). La localisation de l'atteinte est liée à une atteinte pariétale.

— Membre fantôme :

C'est une sensation de persistance du membre après son ablation ou son amputation : sensation posturale, de mouvements dans l'espace etc. Les douleurs à son niveau sont appelées algohallucinoses.

— Cénestopathies :

Les cénestopathies sont des « altérations locales de la sensibilité commune » (Dupré). Elles atteignent surtout les territoires céphaliques, thoraciques ou abdominaux par des manifestations algiques ou paresthésiques.

L'hypocondrie est l'une des formes les plus fréquentes des manifestations cénestopathiques.

On appelle hypocondrie, la préoccupation exagérée, ou sans fondement, apportée à la santé de soi-même avec introspection permanente, analyse des moindres signes fonctionnels. La nosophobie est constante et entraîne une conduite de revendication d'une surveillance continue ou de soins médicaux.

ORIGINE DE L'HYPOCONDRIE

- L'hypocondrie peut avoir une origine :
 - névrotique : névrose hypocondriaque, névrose d'angoisse, névrose phobique, névrose hystérique ou obsessionnelle;
 - paranoïaque : thématique délirante des paranoïaques : persécution, revendication;
 - schizophréniques : possession corporelle, schizophrénie « cénesthésiques »;
 - thymique : mélancolique (indignité, transformation catastrophique du corps ou de ses fonctions);
 - organique : syndrome démentiel avec thématique d'empoisonnement, de persécution

• Dépersonnalisation, déréalisation :

« Je passe comme une ombre dans un monde d'apparences peuplé de fantômes. »

Cité par un patient de Hesnard

La **dépersonnalisation** est un syndrome clinique complexe, réversible, non spécifique qui s'exprime cliniquement comme « une altération des sentiments d'être et d'avoir un corps, d'être une personne ayant une identité, de percevoir un monde approprié, familier, réel, ou milieu des actes où le sujet se réalise » (Follin).

Ce syndrome évolue par crise. Il est vécu dans une atmosphère d'introspection anxieuse où le sujet s'exprime par métaphores :

« je suis un être confus et étrange, je ne me reconnais pas, j'agis comme une machine, une partie de ma personnalité est remplacée par une antithèse de moi, je suis le néant de mon néant. »

Le sentiment de déréalisation accompagne presque toujours la dépersonnalisation.

La **déréalisation** est le sentiment d'étrangeté du monde en absence de tout phénomène hallucinatoire ou illusionnel : « les malades continuent à avoir la sensation et la perception du monde extérieur, mais ils ont perdu le sentiment de « réalité » qui normalement est inséparable de ces perceptions » (Janet).

Parfois, l'entourage familial n'est plus reconnu, il existe des illusions de fausses reconnaissances, des impressions de déjà vu, de déjà vécu.

- Le syndrome de dépersonnalisation se retrouve dans :
 - les états névrotiques, surtout lors des crises obsessionnelles, mais aussi dans l'hystérie (états seconds, crépusculaires);
 - les personnalités « limites » ou « border-line »;
 - les états psychotiques : bouffées délirantes aiguës, primaires ou secondaires, schizophrénies (dépersonnalisation chronique, hallucinatoire avec rupture totale avec la réalité);
 - les troubles thymiques : dépression mélancolique, syndrome de Cotard;
 - les épilepsies partielles : états crépusculaires, crises uncinées;
 - les états de fatigue, d'endormissement (baisse de la vigilance);
 - la transplantation dans un milieu nouveau, étranger.

5.6. Troubles de l'état émotionnel

5.6.1. Généralités : Affect, humeur

Les **émotions** représentent l'ensemble des sentiments éprouvés par un individu en réaction, le plus souvent, à une situation donnée.

L'affect est défini comme la tonalité du sentiment (agréable ou désagréable) qui accompagne une idée. Dans cette définition, les fonctions affectives sont représentées par les sensations, les émotions et les sentiments.

L'émotion est parfois utilisée dans un sens où les phénomènes affectifs ressentis apparaissent en réaction à une situation donnée. Dans ce cas, l'émotion ressentie est éprouvée par le sujet, aussi bien au niveau psychologique (affects) que somatique (réactions végétatives). L'angoisse, par exemple, est une réaction émotionnelle qui possède un versant psychologique et somatique, mais elle peut survenir sans cause apparente.

L'humeur est définie par Deloy, comme : « cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âmes, une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ».

Ainsi les troubles thymiques oscillent-ils entre déplaisir (dépression : tristesse, retrait, pessimisme) et plaisir (manie : expansion, euphorie).

Il est important de bien comprendre que dans cette rubrique ce n'est pas tant la présence d'un symptôme qui est ici pathologique, bien au contraire : il est tout à fait habituel de ressentir de l'angoisse, de la tristesse, de l'euphorie, de la colère voire de l'amour ! Une émotion ne devient pathologique que par son intensité, sa chronicité ou son manque d'adéquation aux situations de la vie courante.

La richesse de la vie affective consiste à nous faire parcourir tour à tour, l'ensemble de son registre émotionnel, en fonction des événements plus ou moins heureux de la vie. La souffrance ne commence que lorsque la réponse émotionnelle de l'individu devient univoque, identique, indépendante des situations de vie.

5.6.2. Trouble de l'expression des affects :

• Hyperémotivité :

- L'hyperémotivité est la tendance à éprouver des réactions émotionnelles disproportionnées, fortes, exagérées : gaieté bruyante, virage de l'humeur, labilité émotionnelle, accès de tristesse etc.
- L'hyperémotivité se retrouve dans :
 - . les états post-traumatiques;
 - . l'accès maniaque : exaltation, hyper-expressivité et labilité émotionnelle;
 - . le syndrome démentiel : labilité et incontinence émotionnelle.

• Défaut d'émotivité :

- L'absence d'expression émotionnelle, « l'anémotivité » se retrouve particulièrement dans :
 - . la schizophrénie : froideur ou indifférence affective, stupeur catatonique;
 - . le syndrome démentiel : indifférence et émoussement affectif;
 - . les personnalités obsessionnelles : contention des émotions.

• Inadéquation de l'émotivité :

L'inadéquation, l'absence d'harmonie entre l'affect exprimé et le contexte du discours, caractérise la discordance de la schizophrénie.

A l'opposé, l'inadéquation entre une hyperexpressivité émotionnelle et un vécu affectif superficiel et labile, s'observe dans la personnalité hystérique.

5.6.3. Trouble de l'humeur :

• Dépressive :

- L'humeur dépressive se traduit par un vécu triste et pessimiste :
 - . par rapport à soi : ce sont les sentiments d'insatisfaction et d'autodévalorisation;
 - . vis-à-vis du monde : anhédonie, dégoût de la vie. Le patient a perdu tout espoir, n'envisage aucun futur.
- L'humeur dépressive comporte aussi :
 - . un émoussement affectif : perte de plaisir, anesthésie affective;
 - . une instabilité des affects : irritabilité, hostilité vis-à-vis de l'entourage, crises de larmes;
 - . une idéation suicidaire.

Il est essentiel de rechercher une étiologie organique au syndrome dépressif, avant de conclure à une dépression endogène, non endogène, ou secondaire à une affection psychiatrique.

• Expansive :

L'euphorie expansive est l'inverse de l'humeur dépressive : le patient est heureux de vivre, il voit le bonheur partout autour de lui (hyperhédonie). Cet optimisme n'a pas de limite, tout peut lui réussir, il se sent capable de tout entreprendre.

- L'humeur expansive est caractéristique :
 - . de l'état maniaque et hypomaniaque;
 - . des états d'excitation par prise (ou sevrage) de toxiques (drogues, alcool);
 - . de l'accès pseudo-maniaque des schizophrénies dysthymiques;
 - . du syndrome frontal (par hydrocéphalie communicante, atteinte infectieuse, syphilitique, tumorale, dégénérative) : euphorie naïve, indifférence du patient à son état (Morla).

• Athymique :

L'athymie est l'absence de tout affect, de tout sentiment. Cet état est caractéristique de la schizophrénie : l'athymie (perte de l'élan vital) dans la schizophrénie hébéphrénique est représentée par la froideur émotionnelle, l'inertie, l'inaffectivité. Dans l'athymie, ce n'est plus l'expression émotionnelle qui est amoindrie, comme dans l'anémotivité, mais bien la source même de l'émotion.

5.6.4. Troubles anxieux :

« On vit l'angoisse plus qu'on ne la pense, tandis qu'on pense l'anxiété autant qu'on la vit. »

J. Boutonnier

Cette rubrique est particulièrement développée dans le chapitre sur les névroses.

L'**anxiété** désigne une vigilance douloureuse concernant une crainte plus ou moins nette : sentiment d'alarme, d'attente, d'appréhension d'un danger plus ou moins vague.

L'**angoisse** désigne une peur sans objet, subjective, qui induit un état d'hypervigilance douloureuse concomitant de manifestations somatiques. Dans l'angoisse névrotique, le danger est inconnu à la conscience, car son origine est interne, inconsciente.

La **crise d'angoisse aiguë** est un accès brutal d'angoisse qui entraîne une sidération motrice ou une agitation intense. Les manifestations végétatives et psychiques accompagnant la crise d'angoisse sont très intenses.

La **peur** est une réaction émotionnelle, induite par un danger réel et objectif qui permet la fuite du danger ou son affrontement. Elle ne devient pathologique que lorsqu'elle entraîne une sidération motrice, une réaction végétative trop importante (lipothymie, diarrhée motrice, syncope) ou une reviviscence de la situation à distance (états post-traumatiques).

- L'angoisse, lorsqu'elle est prévalente, est le signe cardinal des névroses :
 - . d'angoisse : absence de fixation de l'angoisse, fond anxieux permanent;
 - . phobiques : angoisse fixée sur des situations, des objets précis;
 - . obsessionnelles : angoisse fixée sur des idées, des désirs absurdes, dangereux qui contraignent à des rituels;
 - . hypochondriaques : angoisse fixée sur le fonctionnement des organes, la maladie, la mort;
 - . traumatiques : reviviscence de la situation première traumatique.

L'anxiété ou l'angoisse ne sont pas spécifiques des névroses et se retrouvent au second plan dans la plupart des pathologies psychiatriques : psychoses (angoisse psychotique, de morcellement, de néantisation), troubles dépressifs, troubles psychiatriques d'origine organique ou toxique, troubles de la personnalité (hystérique, obsessionnelle, psychopathique).

Recueil des données anamnestiques

Le recueil des données anamnestiques, dans sa dimension historique et évolutive (dimension diachronique), est essentiel pour diagnostiquer le tableau actuel (dimension synchronique).

Il est cependant difficile de séparer l'histoire des troubles de l'histoire biographique du sujet. Bien souvent, en psychiatrie, ces deux dimensions sont intriquées et s'enrichissent mutuellement : un élément biographique peut aussi bien être un facteur de causalité des troubles, qu'une conséquence des troubles ou de la personnalité du sujet.

Il n'est pas question ici de détailler l'apport clinique, thérapeutique et pronostique d'un tel recueil de données, un chapitre n'y suffirait pas puisque tout l'art du médecin y réside. Nous nous contenterons d'indiquer les principaux repères biographiques.

1. HISTOIRE ÉVOLUTIVE DES TROUBLES PSYCHIQUES

L'histoire évolutive précise :

- L'âge de début :
 - début précoc, dès l'adolescence, des troubles névrotiques et schizophréniques;
 - début tardif des psychoses chroniques non dissociatives;
 - début vers l'enfance des troubles psychopathiques, des psychoses de l'enfant.
- Les caractéristiques des accès antérieurs :
 - caractéristiques sémiologiques (identiques ou différentes de l'accès actuel);
 - mode évolutif (chronique, aigu, d'un seul tenant, rémission, périodique);
 - date, nombre, durée, conséquences (affectives, professionnelles);
 - histoire thérapeutique (chimiothérapique, psychothérapique).
- L'évolution entre les accès :
 - degré d'amélioration, troubles résiduels;
 - personnalité;
 - exemple :
 - persistance d'un déficit évocateur de schizophrénie, de démence,
 - restitution ad integrum entre les accès évocateurs de psychose maniaco-dépressive.
- Personnalité prémorbide (type névrotique, psychotique, etc.).

2. ÉLÉMENTS BIOGRAPHIQUES

L'histoire personnelle du patient est reconstituée au fil des entretiens successifs. La façon de restituer son histoire est d'une grande valeur diagnostique : zones « d'ombre », périodes oubliées, manquantes, événements marquants.

La capacité de verbaliser, la compréhension de son trouble, l'attitude par rapport à ses difficultés sont prises en compte aussi dans une perspective thérapeutique : capacité à poursuivre une psychothérapie, une chimiothérapie, une thérapie comportementale...

- Plusieurs éléments sociaux, culturels, sont importants à préciser :
 - . statut ethnique, géographique (transplantation, déménagements);
 - . enfance, adolescence, scolarité, études, service militaire;
 - . vie professionnelle;
 - . vie conjugale, affective, sexuelle;
 - . vie sociale (loisirs, intérêts culturels, relations à autrui), vie religieuse;
 - . périodes particulières : mariage, grossesse, naissance, deuil, rupture, chômage, ménopause, retraite;
 - . données somatiques : antécédents somatiques, maladies psychosomatiques, prise d'alcool, de toxiques.

3. HISTOIRE FAMILIALE

- L'histoire du patient doit toujours être restituée dans le contexte de l'histoire familiale. Les interactions entre les différents membres de la famille, aux différentes époques de la vie du sujet, fournissent des éléments aussi bien diagnostiques que pronostiques. Plusieurs repères sont importants à préciser :
 - . les antécédents psychiatriques (l'importance de l'hérédité dans la psychose maniaco-dépressive, dans la schizophrénie, retentissement psychologique des différentes pathologies pour le sujet);
 - . l'histoire de la famille : couple parental, origines des lignées, problèmes psychiatriques, mythes familiaux, drames familiaux;
 - . l'entente familiale entre le patient et ses différents membres;
 - . la famille constituée par le patient : histoire du couple, place des enfants du couple, entente familiale;
 - . les différents codes moraux, religieux, culturels de la famille d'origine et de la famille constituée.

4. DONNÉES SOMATIQUES

- L'exclusion d'une pathologie somatique est le premier temps de la démarche psychiatrique devant un premier tableau psychiatrique inaugural chez un sujet sans antécédents psychiatriques. Il est important de préciser :
 - . les antécédents médicaux, prises de toxiques (drogues, alcool);
 - . l'état de santé actuel.
- On pratique systématiquement un triple bilan :
 - . un bilan à la recherche d'une étiologie organique sous-jacente se révélant par un masque psychiatrique;
 - . un bilan à la recherche d'un retentissement somatique de l'affection psychiatrique;
 - . un bilan à la recherche d'une contre-indication au traitement.

TABLEAUX PSYCHIATRIQUES DEVANT FAIRE ÉVOQUER UNE PATHOLOGIE SOMATIQUE

- **Psycho-organique** : le syndrome psycho-organique est défini par la survenue d'une variation nette et brutale de la personnalité du sujet (labilité thymique, trouble du caractère, indifférence, méfiance, etc.) en l'absence de confusion, délire ou trouble thymique.
- **Atypie clinique** : lorsqu'un tableau psychiatrique est atypique :
 - . dans le tableau actuel : Ex : manie et hallucinations, névrose et délire, manie et froideur du contact, etc.
 - . dans le tableau évolutif : apparition d'une névrose après 40 ans, premier épisode dépressif tardif, etc.
- **Signe somatique** : présence d'un signe somatique (fièvre, éruption, amaigrissement, céphalées, etc.) non expliqué par le tableau psychiatrique.
- **Médicaments** : la prise de certains médicaments peut donner un tableau psychiatrique iatrogène (confusion, dépression, manie, démence).
- **Angoisse aiguë** : une crise d'angoisse aiguë doit faire avant tout éliminer une urgence médicale ou chirurgicale.
- **Neurologique** : la présence d'un signe neurologique (signe focalisé, syndrome méningé, etc.) doit faire rechercher une pathologie neurologique controlée.
- **Démence** : un syndrome démentiel doit faire rechercher une cause curable de démence avant de conclure à une cause dégénérative.
- **Résistance** : devant une pathologie résistante à une thérapeutique bien conduite (à doses efficaces pendant un temps suffisamment long), il est important de refaire un bilan organique complet (dépression secondaire à un cancer profond, ...).
- **Amnésie** : devant un tableau amnésique vrai de type Korsakoff, il est important d'éliminer les causes non corentielles d'atteinte bilatérale du circuit hippocampo-mamillo-cingulaire (traumatismes crâniens, hypoxie, accident vasculaire, encéphalite herpétique).
- **Confusion** : le syndrome confusionnel est avant tout une urgence médicale ou chirurgicale. Les causes psychogènes sont rares.

EXAMEN PSYCHIATRIQUE : PLAN D'OBSERVATION**I – Symptômes actuels****A – Sémiologie de l'accès****• Présentation**

- Tenue
- Mimique
- Comportement
- Contact

• Conduites instinctuelles

- Alimentation
- Sommeil
- Conduites sexuelles
- Conduites sphinctériennes

• Conduites sociales

- Fugues
- Vols pathologiques
- Homicide

• Conduites addictives

- Alcoolisme
- Toxicomanie

• Fonction supérieures

- Fonctions symboliques
 - . Langage
 - . Gnosie, praxie
- Fonctions mnésiques
- Fonctionnement de la pensée, du jugement
 - . Troubles du cours de la pensée
 - . Troubles du contenu de la pensée
 - . Distorsion globale de la pensée
- Évaluation globale de l'intelligence
 - . Trouble du jugement
- Activités perceptives
 - . Hallucinations non psychotiques
 - . Hallucinations psychotiques
- Conscience de soi et l'environnement
 - . Troubles de la vigilance
 - . Troubles de l'attention
 - . Troubles de la conscience de soi
- État émotionnel
 - . Troubles de l'expression des affects
 - . Trouble de l'humeur
 - . Troubles anxieux

B – Évolution de l'accès

- Mode de début, fin de l'accès
- Réponse au traitement
- Existence de facteurs déclenchants
- Présence d'une symptomatologie résiduelle

II – Histoire évolutive des troubles

- Age de début
- Caractéristique des accès antérieurs
- Évolutivité entre les accès
- Personnalité prémorbide et intercritique
- Thérapeutiques antérieures

III – Biographie

- Éléments biographiques personnels
- Histoire familiale, antécédents familiaux
- Données somatiques actuelles et passées
- Prise de toxiques (drogues, alcool)

IV – Arguments étiologiques

- Contexte psychologique :
 - . Événements traumatiques
 - . Bénéfices secondaires
- Contexte biologique :
 - . Désordre biologique sous-jacent
 - . Terrain génétique prédisposé
 - . Trouble neurologique ou organique
- Résultats des tests psychométriques

V – Conclusion

- Exclusion d'une organicité
- Diagnostic retenu
- Thérapeutique proposée
- Mesures de protections des biens

Tests mentaux

Les tests psychométriques sont d'une grande utilité, lorsque l'examen clinique est insuffisant tant sur le plan diagnostique (structure névrotique ou psychotique, personnalité pathologique complexe, recherche d'un trouble dissociatif, problème d'organicité, etc.) que dans les perspectives thérapeutiques (accessibilité du patient à une prise en charge psychothérapique).

La situation de test est loin d'être neutre, quelle que soit l'objectivité du matériel proposé.

Par exemple, il est toujours important de noter l'attitude du sujet à l'égard du test afin d'apprécier les mécanismes de défense par rapport au stimuli externe, représenté par le test; mais aussi d'apprécier les mécanismes de défense par rapport au stimuli interne, intrapsychique, que le test a déclenché.

Un sujet contra-phobique, par exemple, va faire le test à toute vitesse, en donnant beaucoup de réponses fausses, pour masquer sa crainte d'exécuter un test. Un sujet obsessionnel va répondre en plus de 3 à 10 minutes à une simple question.

En raison de la relation qui s'établit entre le sujet et le psychologue qui fait passer les tests, il est important de restituer au sujet les résultats, après toute passation de tests.

1. TESTS DE NIVEAU

- Les tests de niveau explorent l'efficacité intellectuelle du patient, plus exactement sa maturité intellectuelle.
- Ils sont particulièrement utiles dans le diagnostic positif d'un syndrome démentiel, ainsi que dans son évolution.
- Dans la **WAIS**, ou **Wechsler Bellevue** :
 - . l'épreuve verbale (QI verbal) porte sur : le vocabulaire, l'information, la compréhension et les capacités d'abstraction;
 - . l'épreuve de performance (QI performance) porte sur le raisonnement logique, les capacités d'abstraction et les qualités perceptives.
- Le **QI verbal** « tient », malgré la détérioration, le **QI performance** s'effondre précocement, en cas de détérioration : il ne « tient pas ».
- Certains tests verbaux explorent « l'intelligence globale » du sujet : le plus utilisé en France est le **Binois Pichot**.
- Le **test de vocabulaire de Binois Pichot** porte sur l'acquisition culturelle : tests par synonymes avec réponses à choix multiples. Il « tient bien », c'est-à-dire que les performances à ce test restent bonnes malgré l'aggravation de la détérioration.
- Certains tests non verbaux explorent « l'intelligence globale » (facteur G) du sujet :
 - . le **D48** : retrouver la Loi régissant une série de dominos;
 - . le **Progressive Matrix 38 (PM38)** : retrouver la Loi régissant une série de figures.

2. TESTS CLINIQUES

- Les tests cliniques explorent plus spécifiquement la mémoire, la concentration, la perception visuelle et la capacité de fixation.
- Ils donnent un indice de détérioration quelle que soit son origine : physiologique, fonctionnelle (dépression, délire) ou organique (toxique, atrophique).

- Ils sont perturbés précocement dans les atteintes cérébrales organiques. On utilise :
 - la **figure complexe de Rey** : mémoire visuelle;
 - l'**échelle de mémoire de Wechsler** (Quotient de Mémoire) : recherche d'un déficit mnésique isolé;
 - le **test de rétention visuelle de Benton** (reproduction d'un dessin géométrique simple) : il explore la rétention mnésique et l'organisation perceptive. Il « tient mal » : les performances au test seront d'autant moins bonnes que la démence s'aggrave et montre des « signes d'organicité »;
 - le **test projectif de Rorschach**, comme test perceptif : il indique des signes spécifiques « organiques » de détérioration.
- Il persiste souvent au début une conscience partielle du trouble qui conduit le malade à éviter les situations de test (réticence) avec minimisation des troubles (de la mémoire par exemple). Parfois on observe des réactions de catastrophe, de fuite lors des passations de test.

3. TESTS DE PERSONNALITÉ

À la différence des tests de niveau ou cliniques, les tests de personnalité n'ont pas de « bonnes » ou « mauvaises » réponses. La signification du test est donnée à partir d'une validation empirique des tests sur une population à partir de critères extrinsèques, ou sur la théorie psychanalytique qui sous-tend son interprétation.

3.1. Questionnaires, tests analytiques

- Le **MMPI** (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) est un questionnaire qui explore le profil psychologique en 550 questions, qui sont classées en « Vrai » ou « Faux » par le sujet.
- Le profil est donné selon 9 dimensions cliniques :
 - Hs : hystérie; D : dépression; Hy : Hypochondrie; Pd : déséquilibre psychopathique; Mf : masculinité/féminité; Pa : paranoïa; Pt : psychasthénie; Sc : schizophrénie; Ma : manie.
- Le **test de Cattell** comporte 16 facteurs bipolaires de personnalité.
- Le **test d'Eysenck** évalue deux dimensions de la personnalité : nervosisme et intro/extraversion.

3.2. Tests projectifs

« La structuration inconsciente du matériel, la liberté des réponses et du temps, le flou relatif des consignes font de la situation projective une situation relativement « vide », vide que le sujet a à combler en faisant appel non pas tant à ses aptitudes et à son intelligence qu'aux ressources profondes de sa personnalité. »

Anzieu, « Les tests projectifs », 1980

3.2.1. TAT :

- Le TAT (Thematic Apperception test) est une succession de scènes (20 planches) assez figuratives qui représentent des personnages en situations diverses ambiguës (situation triangulaire, solitaire, situation de rivalité, anxiété, maternité etc.).
- Le contenu manifeste du dessin sert de support à l'élaboration imaginative du sujet à partir de l'histoire qu'il raconte, pour chacune des planches.
- Pour Shentoub, les images font références aux « conflits universels » et plus particulièrement à la situation oedipienne.
- L'analyse explore différentes variables : conflictualisation intra-personnelle, conflictualisation interpersonnelle, mécanismes d'évitement du conflit, émergence de processus primaires.

3.2.2. Rorschach :

- Le test est composé de 10 planches représentant des taches d'encre, dont 2 sont rouges et noires, et les 3 dernières sont polychromes.

- L'analyse permet d'évaluer le développement affectif de la personnalité :
 - . force du Moi;
 - . rigidité ou souplesse des mécanismes de défense;
 - . type de mécanisme de défense électivement mis en place;
 - . type d'angoisse : de castration, de séparation, de morcellement, de néantisation;
 - . qualité du rapport au réel, modalités de la relation d'objet, des relations affectives.

Personnalités pathologiques

1. DÉFINITIONS : LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE

1.1. Personnalité

Nous appelons personnalité « la façon particulière dont se manifestent les tendances et les sentiments d'un homme, la façon dont il est impressionné par les situations dans lesquelles il se trouve, et dont il réagit sur elles. »

K. Jaspers

La personnalité est la résultante de l'intégration des diverses composantes pulsionnelles, émotionnelles et cognitives au cours de son développement. C'est une vue conceptuelle qui peut être construite, analysée (Devereux). Les modalités de cette intégration sont spécifiques et particulières à chaque individu, mais l'on peut retrouver des caractéristiques communes dans l'agencement des différents facteurs entrant en jeu : c'est l'étude du caractère.

1.2. Caractère

• Définitions :

- Ensemble des traits gravés observables qui, chez un individu ou dans un groupe, définissent une manière habituelle de se comporter dans un certain type de situation ou vis-à-vis de certains objets.
- Émanation dans la vie relationnelle de la structure de base de la personnalité.

Le caractère représente l'aspect extérieur de la personnalité au plan affectif et au plan du comportement, ou encore le fond permanent selon lequel un sujet résout toujours de façon analogue les tensions nées d'une situation. Le caractère est donc en partie déterminé par l'environnement socio-affectif.

1.3. Structure (notion psychanalytique)

La notion de structure psychique se réfère à une organisation stable et définitive d'un sujet, une fois l'adolescence dépassée.

Selon Freud, la structure, tel un cristal, se brise lors de forts traumatismes occasionnant une décompensation symptomatique. Le symptôme est déterminé par les lignes de rupture originelle, c'est-à-dire préétablies par l'histoire du développement de la personnalité.

La structure se manifeste selon les modalités du caractère tant que le mode de fonctionnement demeure adapté; ou bien selon les modalités de la pathologie (symptôme pathologique), dès qu'apparaît une décompensation de la structure.

Pour certains auteurs, en cas de décompensation, une structure psychotique ne peut que développer une psychose et le sujet de structure névrotique une névrose. Ainsi, pour une structure donnée (qui serait seulement névrotique, psychotique ou narcissique), seuls des aménagements de la personnalité, susceptibles de modifications, seraient possibles. Ce problème est développé dans les états-limites.

Pour d'autres auteurs, le terme de structure n'est pas approprié et ils préfèrent utiliser les notions de « dynamique », c'est-à-dire du jeu des forces pulsionnelles des mécanismes de défense et du rapport à la réalité. Une personnalité dite « normale » pourrait ainsi décompenser sur un mode psychotique dans un moment de sa vie et repasser par la suite à une expression névrotique de ses conflits.

La notion de structure fixe, pour un sujet donné, reste toujours très discutée en psychanalyse.

2. DÉFINITIONS ET LIMITES DU CONCEPT DE PERSONNALITÉ PATHOLOGIQUE

2.1. K. Schneider

La personnalité pathologique est une déviation permanente, purement quantitative, de la personnalité normale, dont le profil caractériel est statistiquement rare, et dont le comportement rigide ou mal adapté, est une cause de souffrance pour le sujet ou son entourage.

2.2. Modèle psychanalytique

« Les traits permanents du caractère peuvent être le résultat du réseau interchangeable des pulsions originelles, des sublimations ou des formations réactionnelles. »
S. Freud

Le caractère est considéré comme une organisation défensive contre les conflits d'origine pulsionnelle et contre une décompensation symptomatique (maladie).

La littérature psychanalytique étudie les types de personnalité sous la rubrique caractère, et utilise deux systèmes pour les classer :

2.2.1. Suivant le développement libidinal et le développement du moi :

« Ce qui est propre au mécanisme de la névrose, l'insuccès du refoulement et le retour du refoulé, fait défaut pour le caractère. Dans la formation de celui-ci, ou bien le refoulement n'entre pas en action, ou bien il atteint sans encombre son but, qui est de substituer au refoulé des formations réactionnelles et des sublimations. »
Freud, « Névrose, psychose et perversion »

Par fixation excessive à un stade du développement, certaines composantes de la sexualité infantile, dont l'usage est exclu de la vie sexuelle adulte, subissent une transformation partielle qui en fait des traits de caractère : caractère oral, anal, phallique, génital.

Lorsque le Moi réussit à canaliser, à transformer l'énergie instinctuelle en des formes non instinctuelles de comportement (au lieu de s'y opposer comme dans le refoulement), on parle de **sublimation**. Par exemple, la curiosité intellectuelle est considérée comme une sublimation de la scopophilie (plaisir à regarder).

Lorsque le Moi se défend d'une pulsion jugée inacceptable par l'exagération de la tendance opposée, on parle de **formation réactionnelle**. Par exemple, la sollicitude chez l'obsessionnel est une formation réactionnelle de la cruauté anale, ou encore l'excès d'amour dans la personnalité hystérique en lutte contre son agressivité.

Un caractère à dominante réactionnelle est inefficace, rigide et incapable de se satisfaire totalement ou de se sublimer. Malgré cette rigidité défensive, un retour de la pulsion refoulée est toujours possible (exemple : le végétarien qui devient boucher).

2.2.2. Suivant la référence clinique, symptomatique :

- En fonction du mécanisme défensif préférentiel, on différencie les caractères :
 - . névrotiques : hystérique, phobique, obsessionnel;
 - . psychotiques : schizoïde, paranoïaque;
 - . narcissiques : dépressif, hypochondriaque, abandonnique, pervers.

Le caractère pathologique peut être le terrain de manifestations symptomatiques ultérieures : névrose, psychose, etc.

Ainsi la défense représentée par les traits de caractère, est un mode de protection statique contre la survenue d'une décompensation symptomatique.

Nous insistons à nouveau sur le fait qu'un caractère dit « normal » est la combinaison harmonieuse et dynamique des traits de caractères issus de toutes les sources instinctuelles primitives.

2.3. Nomenclature

- On peut comprendre que l'abondance des modèles théoriques entraîne une importante diversité de la nomenclature.
- Celle-ci peut faire référence :
 - . soit à une notion de terrain préexistant à une pathologie psychiatrique : personnalité hystérique, paranoïaque, etc.
 - . soit à des symptômes constituant a minima une pathologie psychiatrique : personnalité obsessionnelle;
 - . soit aux stades de développement ayant fait l'objet de fixations : personnalité orale, anale, phallique.
- Ces diverses classifications utilisent toutes des descriptions cliniques sous la forme d'un regroupement particulier de traits de caractère.
- L'intérêt d'une telle classification catégorielle a, en dehors de la recherche, surtout un but didactique. En pratique, un sujet normal peut présenter des traits de caractère appartenant à plusieurs types de personnalités pathologiques.

2.4. Diagnostic de personnalité pathologique

Le diagnostic de personnalité pathologique se porte uniquement en dehors d'un épisode psychiatrique symptomatique avéré, qu'il soit névrotique, dépressif ou psychotique. On recherche donc par l'anamnèse la personnalité pathologique prémorbide.

Parfois la délimitation entre les traits de caractère (personnalité) et les manifestations symptomatiques d'une maladie n'est pas facile à effectuer.

- On peut utiliser alors certains critères (Foulds) qui peuvent aider à la démarche diagnostique :
 - . les traits de caractère sont relativement universels, alors que les symptômes sont contingents et variables selon les cultures;
 - . les traits de caractère sont considérés par le sujet comme cohérents et syntones avec lui-même alors que les symptômes lui paraissent incongrus et étrangers à lui-même (egodystonique);
 - . les traits de caractère sont stables et durables, les symptômes sont variables avec le temps.

Seule la persistance d'une personnalité pathologique, en dehors de l'épisode psychopathologique, permet de parler de personnalité pathologique.

3. PERSONNALITÉ HYSTÉRIQUE

« L'hystérique ne fait pas de théâtre, il est théâtre; il n'est pas un acteur, il est acteur; il n'a pas d'émotions, il est des émotions. »

P.C. Racamier

3.1. Généralités

La présence d'une personnalité hystérique existe souvent isolément, en dehors de manifestations symptomatiques hystériques.

On parle de névrose hystérique uniquement lors de l'association de symptôme de conversion et d'une personnalité pathologique hystérique.

La majorité des personnalités hystériques sont asymptomatiques. En effet, les formes monosymptomatiques de l'hystérie sont rarement associées à des traits de personnalité hystérique (moins de 20%). Toutefois, dans les formes d'hystérie polysymptomatique, on observe plus fréquemment des traits de personnalité hystérique.

Le diagnostic de personnalité hystérique est porté plus fréquemment chez la femme à l'inverse de celui de la personnalité psychopathique qui est porté plus fréquemment chez l'homme.

3.2. Modèle descriptif

3.2.1. Histrionisme (théâtralisme) :

On appelle histrionisme, un comportement qui vise à plaire, à séduire, à accaparer l'attention des spectateurs. Le sujet se présente d'une façon théâtrale, dramatique; son vocabulaire est volontiers emphatique, il manque de naturel.

Grâce à ses traits de caractère plastique et suggestible, l'hystérique modifie son rôle selon le temps, les circonstances, l'auditoire, les désirs de l'autre.

Son désir de plaire exige d'elle qu'elle atteigne une perfection mythique. Le modèle imité est souvent une personne célèbre, incarnation pour elle de son idéal féminin. L'hystérique joue alors « la » femme, comme si elle n'était pas sûre de l'être.

La mythomanie de ses histoires est parfois évidente : elle préfère vivre « des histoires » plutôt que « son histoire ». Sa vie se nourrit d'histoires romanesques, de rêves à venir, à l'instar d'Emma Bovary, en fuite permanente dans un monde livresque.

3.2.2. Hyperréactivité émotionnelle :

Plusieurs traits sont regroupés sous cette dénomination :

• Hyperexpressivité affective :

Le sujet s'attache ou se détache des objets avec un manque de mesure, une absence de continuité. Son affectivité est versatile, labile, mais non simulée. En effet, les sentiments, même exagérés dans leur expression, sont vécus avec intensité.

• Troubles caractériels :

L'hystérique est souvent irritable, capricieuse, impulsive (menace, impulsion suicidaire). Elle est incapable de prendre une distance avec les événements contrariants de sa vie.

Elle présente une grande intolérance à la frustration : « je veux tout, tout de suite ».

• Humeur labile et changeante :

— Décharges émotionnelles :

Les crises de larmes ou de colère sont l'objet de scènes spectaculaires. Sa souffrance personnelle est rejetée sur autrui et se traduit par une conduite manipulatoire agressive (L. Israël).

— Égocentrisme :

Le sujet n'a d'indulgence que pour lui-même, et ne ressent aucun égard pour autrui. L'autre n'existe que pour la satisfaction de ses besoins propres, comme support narcissique. L'égocentrisme constitue l'une des conséquences de l'hyperréactivité émotionnelle, de l'histrionisme.

3.2.3. Dépendance affective :

- La dépendance affective est constante dans la personnalité hystérique, son expression est bipolaire :
 - soit l'hystérique est **active** et recherche une valorisation dans des tâches altruistes. Son sacrifice personnel est à la mesure de sa dépendance à l'autre. Souvent l'histrionisme est dominant dans cette forme;
 - soit l'hystérique est **passive**, immature, infantile. Elle recherche alors constamment une protection, une réassurance, une approbation par l'entourage. Son attitude générale est timide, effacée, inhibée. Les investissements sont pauvres, les conflits sont niés, la sexualité est presque inexistante. La personnalité passive-dépendante, isolée par certains auteurs, aurait une plus grande gravité que le type histrionique dominant. Cette personnalité peut brutalement présenter des exigences et des revendications agressives.

3.2.4. Troubles sexuels :

Les troubles sexuels sont constants dans la personnalité hystérique et présentent aussi un aspect bipolaire.

• **Soit le dégoût ou la crainte de la sexualité domine :**

L'hystérique évite soigneusement toute forme de relation sexuelle, ou bien n'y prend aucun plaisir. Elle préfère les amitiés platoniques, « amour fou » car lointain. Lorsqu'un ami tente de passer à l'acte, son éconduite est humiliante : « pour qui me prenez-vous ? je ne suis pas celle que vous croyez. »

L'image qu'elle donne à l'autre tente de masquer une telle conduite. Elle invente des histoires amoureuses romanesques, racontées « sous le sceau du secret », avec souvent une thématique de vial, imaginée ou réelle dans l'enfance.

• **Soit l'hypersexualité est apparente :**

Sa vie « amoureuse » est alors une suite de séductions sans lendemain. L'hyperexpressivité érotique de façade masque, malgré le « collectionnisme des partenaires », une profonde inhibition ou un refus de la sexualité. La frigidité sous-tend ce type de conduite. Son comportement de séduction, omniprésent, dans toutes les situations de la vie sociale, fait parler « d'érotisation des rapports sociaux ».

3.3. Personnalité hystérique chez l'homme

- Selon les statistiques, l'hystérie masculine est plus rare que chez la femme. En revanche, la personnalité hystérique est plus fréquente qu'il n'y paraît, si l'on sait que chez l'homme, l'hystérie se « camoufle ». Il faut connaître la fréquence des traits de personnalité hystérique prémorbide :
 - dans les névroses post-traumatiques : guerre, accident du travail, de la voie publique;
 - dans le « syndrome subjectif des traumatisés du crâne »;
 - dans d'autres recours à la maladie : asthénie, douleurs diverses, symptômes dépressifs.
- Dans ces pathologies, le corps devient lui-même le théâtre de la maladie. La maladie est alors bien plus « honorable » aux yeux de la société qu'un symptôme de conversion.
- L'hystérie qui décompense, à l'occasion d'un traumatisme, est vécue par l'homme comme une cause extérieure, honorable lui permettant de rejeter la faute (du symptôme hystérique) sur l'environnement, sur autrui ou sur les circonstances.
- La personnalité hystérique présente aussi un aspect bipolaire : soit l'histrionisme est dominant, soit la passivité domine le tableau.

3.3.1. Homme histrionique :

- Ce que l'homme hystérique « donne à voir » : c'est lui-même. Il « se » montre.
- On retrouve :
 - un souci de paraître, une recherche de prestance et de séduction. Son but est d'être aimé par tous et par toutes, il ne veut perdre aucun objet d'amour;
 - une quête de virilité à l'aide d'attributs dits phalliques. Il est la victime désignée des publicités « pour en avoir plus » : muscles, cheveux, volonté, mémoire, etc.
 - un souci du « qu'en-dira-t-on »;
 - parfois une conduite psychopathique, plus fréquemment retrouvée que chez la femme hystérique.
- L'insatisfaction et les regrets sont le lot de l'homme hystérique. Son incapacité, son hésitation à s'engager, se retrouvent, comme pour la femme, dans tous les domaines : choix d'une femme, d'une carrière ou de toute autre décision impliquant l'élimination d'une autre possibilité. Son souci est de toujours se laisser une porte ouverte.
- La fréquence de l'éthylisme représente une forme de « camouflage » classique de l'hystérie masculine. La conduite alcoolique est alors l'une des conséquences de cette conduite d'échec. La dépression dite névrotique peut survenir dans ce même contexte (par exemple en cas d'obtention d'un poste qu'ils estiment ne pas pouvoir assumer).

3.3.2. Homme passif-dépendant :

On retrouve l'immaturité, le mauvais contrôle émotionnel, l'hypersensibilité, l'inhibition dans la vie sociale (absence d'attitude compétitive).

Leur dépendance à leur mère est déplacée à leur femme. Les décompensations anxieuses ou phobiques sont fréquentes.

3.3.3. Troubles sexuels :

Les troubles de la sexualité sont constants dans l'hystérie masculine de tout type.

On observe aussi un comportement d'éviction de toute sexualité. Ses amitiés féminines excluent tout rapprochement sexuel. Parfois, le sujet préfère les amitiés masculines.

En cas de rapport sexuel, l'impuissance est totale ou partielle. L'acte peut être aussi « court-circuité » par une éjaculation précoce.

Le plaisir auto-érotique domine sa vie sexuelle : masturbation ou scénario pervers (type lesbien) en position de voyeur. Une problématique d'identification est souvent présente, reflétée par une attitude efféminée ou par la crainte d'une homosexualité.

3.4. Évolution - complications de l'hystérie

3.4.1. Évolution de la personnalité :

On observe une persistance ou une aggravation des traits de caractère hystérique. L'hyperféminité devient outrancière, caricaturale avec l'âge.

Parfois, l'histrionisme s'atténue progressivement, le sujet trouve alors des satisfactions compensatoires dans des tâches altruistes : œuvres sociales, activités paramédicales, lutte contre la prostitution, etc.

3.4.2. Complications psychiatriques

• Personnalité à dominance histrionique :

- Les complications de ce type de personnalité sont représentées par des pathologies :
 - de type anxieuse chronique, hypocondriaque;
 - de type somatique multiple. Les consultations médicales ou chirurgicales s'enchaînent sans fin;
 - de type dépressive (dépression névrotique) avec plainte anxieuse, hypocondriaque. Ces pathologies répondent mal aux psychotropes et à la psychothérapie;
 - de type toxicomaniaque (psychotropes, alcoolisme). Ces conduites sont le plus souvent concomitantes de la dépression.

• Personnalité passive-dépendante :

- Les complications de ce type de personnalité sont représentées par des pathologies :
 - de type phobique, anxieux;
 - de type hystérique avec conversions somatiques. Elles se manifestent par une symptomatologie protéiforme et sans fondement organique. Elles font bien souvent l'objet de multi-opérations chirurgicales ou de consultations médicales répétées.
- Très souvent, il y a une perte d'autonomie sur le plan affectif et socioprofessionnel.
- La présence d'un fond de personnalité hystérique (surtout passif-dépendant) devant un accident de conversion hystérique est un élément de pronostic péjoratif.

3.5. Point de vue psychanalytique sur l'hystérie

« Que veut l'hystérique ? Un amour où il resterait toujours quelque chose à conquérir, à découvrir. Un amour qui ne soit pas totalement obstrué par un objet parfaitement adapté. Un objet d'amour qui ne soit pas un objet de besoin, mais un objet de désir, qui laisse toujours quelque chose à désirer, c'est-à-dire de permettre à la vie de rester vivante. La quête est difficile. »

L. Israël

La structure hystérique de la personnalité est sous-tendue par une **insatisfaction orale**. Celle-ci est reflétée à travers le désir de possession, l'impatience, la revendication, l'envie, la jalousie, les exigences agressives, mais aussi à travers la suggestibilité, la peur de la sexualité et la dépendance (Lazare). Autant de traits révélateurs de l'impossibilité d'atteindre et d'attendre le plaisir.

On retrouve également un complexe d'œdipe difficilement résolu, d'où une régression temporelle de la libido au niveau génital.

L'une des difficultés est représentée par l'ambiguïté dans l'**identification** au père ou à la mère. La tendance à l'identification masculine chez la femme, ou féminine chez l'homme, est la réaction contre l'angoisse de castration. Les troubles de la sexualité (frigidité, éjaculation précoce) sont les conséquences d'une telle angoisse.

Le mécanisme de défense prédominant est le **refoulement**, ce qui explique l'oubli électif des représentations risquant de stimuler les motions refoulées. Le refoulement entraîne un rejet hors de la conscience des sentiments agressifs vis-à-vis des personnes aimées ou des sentiments positifs à l'égard des personnes détestées. L'attitude caractéristique excessive, passionnée et peu cohérente dans la vie relationnelle reflète ce mécanisme de rejet. De la même manière, l'hyperexpressivité, le théâtralisme, la séduction permettent une réalisation déguisée d'un désir refoulé, le **recours au semblant** et à l'imaginaire protège d'une réalité impossible à assumer.

L'angoisse dominante dans l'hystérie est la **peur de castration**. L'orientation des mécanismes de défense est tournée vers la recherche d'un substitut phallique contre l'angoisse de castration.

L'hyperféminité, comme l'hypervirilité, a pour but de maîtriser cette angoisse, dans une sorte de négation par le fantasme (A. Freud). La quête amoureuse d'un « maître » reflète cette envie phallique, comme si un homme pouvait remplir complètement son manque, ou détenait un savoir sur ce dont elle a besoin.

4. PERSONNALITÉS OBSESSIONNELLES

4.1. Généralités

Trois types de personnalités pathologiques sont regroupés sous cette dénomination : la personnalité psychasthénique de P. Janet, la personnalité dite « obsessionnelle » ou anankastique et le caractère anal ou sadique-anal décrit par Freud.

Le plus souvent, une personnalité obsessionnelle emprunte à ces différents types de nombreux traits de caractère.

4.2. Description clinique

4.2.1. Personnalité psychasthénique (P. Janet) :

CARACTÉRISTIQUES D'UNE PERSONNALITÉ PSYCHASTHÉNIQUE

- Tendance aux scrupules, aux doutes entraînant une incapacité d'agir (aboulie). Le sujet présente des hésitations, des crises de conscience, des ruminations mentales permanentes et une introspection anxieuse. Cette dernière provoque un sentiment douloureux de culpabilité et d'incomplétude.
- Inhibition affective entraînant une hyposexualité.

Le psychasthène privilégie la pensée, l'intellectualisation, la rêverie contemplative par rapport à l'action : c'est la « **toute puissance de la pensée** » ; il s'interroge sur ses propres interrogations. Cet apragmatisme prédomine le matin, avec un effort important pour toute activité concrète.

Le psychasthène se réfugie derrière sa grande méticulosité, sa froideur affective, son extrême lenteur, son perfectionnisme excessif et un moralisme rigide pour éviter toute action trahissant la présence d'un potentiel d'agressivité.

Sa dépendance affective s'observe dans le besoin qu'il a de s'assurer la coopération des personnes investies (mère, conjoint) dans l'exécution de rituels (symptômes obsessionnels a minima) ou pour obtenir la diminution de ses doutes par leur réassurance constante.

4.2.2. Personnalité obsessionnelle, anankastique (Schneider) :

Le trait dominant le tableau est la soumission à des contraintes de toutes sortes en réponse à des inquiétudes (crainte d'avoir mal fait, d'être insuffisant, d'être coupable de tout).

Ces personnalités présentent une tendance à la vérification, à la ritualisation d'un certain nombre de leurs activités, de précautions excessives.

La pensée est souvent envahie par des doutes, des ruminations survenant de façon compulsive sans symptôme obsessionnel vrai (obsessions idéatives avec lutte anxieuse permanente et rituels permanents et immuables).

Cet état peut être transitoire lorsqu'il survient dans un contexte d'épuisement physique ou psychique. L'évolution vers la névrose obsessionnelle se fait sans rupture avec la personnalité antérieure.

4.2.3. Caractère anal (Freud) :

« L'avare a tout, jusqu'à son sexe, dans le cerveau. »

H. de Balzac, « Les illusions perdues »

- La triade de Freud (amour de l'ordre, parcimonie proche de l'avarice, abstention pouvant donner lieu à une opposition violente) reste la description caractérologique la plus pertinente du caractère anal qui constitue le fond de l'obsessionnel.
- On décompose ce caractère en tendances anales pures d'une part (sadique-anale), et en formations réactionnelles et sublimations contre ces tendances d'autre part (Tableau).
- Parfois seules les formations réactionnelles témoignent du caractère enfoui : « En combattant une hostilité inconsciente, l'obsédé tend à être un personnage agréable dans tous ses rapports et d'une façon générale. » (Fénel).
- Le plus souvent, le sujet présente un mélange des tendances pures et des formations réactionnelles.
- Les autres traits du caractère anal sont représentés par :
 - l'ambivalence : visible cliniquement dans les doutes permanents;
 - la contention des émotions (blindage affectif) : visible dans l'air emprunté, l'attitude toujours correcte et la rigidité morale;
 - la tendance à l'intellectualisation : il préfère son travail ou une activité intellectuelle intense à des loisirs ou à des relations interpersonnelles.
- A cause de tout cela, l'adaptation socioprofessionnelle de la personnalité anale est bien supérieure à celle des psychasthènes.

Érotisme anal	Formations réactionnelles
Économie, parcimonie Obstination, entêtement Angoisse de séparation Collectionnisme, ordre, symétrie Procrastination (tendance à ajourner) Hostilité à toute innovation	Prodigalité, tendance aux cadeaux Résignation, soumission Témérité

Agressivité (sadique)	Formations réactionnelles
Accès de désordre, de saleté Volonté de puissance Cruauté contre les faibles Injures scatologiques Rébellion, lutte contre l'autorité Ironies, sarcasmes	Surpropreté, méticulosité Souci exagéré de justice Respect de toute autorité ou moralité Comportement scrupuleusement bon Obéissance, soumission Politesse, obsequiosité, ponctualité

4.3. Évolution des personnalités obsessionnelles

4.3.1. Personnalité psychasthénique :

Le danger de l'apragmatisme est la **désadaptation sociale**. Les seuls actes possibles sont vides et automatiques. L'introspection anxieuse évolue vers des préoccupations hypochondriaques ou nosaphobiques. Le sentiment d'incomplétude entraîne un recours aux stimulants comme alcool, les amphétamines, etc. Une décompensation dépressive mélancoliforme, une crise de dépersonnalisation ou l'apparition d'une névrose obsessionnelle sont possibles et même fréquentes sur ce terrain inquiet et scrupuleux.

4.3.2. Personnalité anale, compulsive :

L'évolution d'une personnalité compulsive peut se faire vers une décompensation psychosomatique (ulcères, infarctus du myocarde), hypochondriaque ou dépressive (épisodes récurrents ou dépression chronique).

La personnalité compulsive semble plus fréquemment décompenser vers la névrose obsessionnelle que la personnalité anale.

4.4. Point de vue psychanalytique

La régression de la libido se fait vers l'**organisation sadique-anale**, d'où la prédominance des rapports d'agressivité (désir de domination d'origine sadique) et d'activité-passivité (anal : production et rétention).

• Élément sadique :

D'une grande importance dans la vie instinctuelle lorsqu'il est sublimé, se retrouve comme paralysé, du fait de l'ambivalence de ce type de caractère. Les tendances destructrices et hostiles ne peuvent pas se transformer en capacité réelle de dévouement pour un objet aimé. L'obstination est un type d'agression passive qui aurait son origine dans le refus de l'enfant de faire ses besoins quand les parents l'exigent.

• Élément anal :

Lorsqu'il est majoré comme **activité**, se fait au détriment de l'activité génitale considérée comme secondaire. Le développement du comportement social se trouve alors lié à l'argent, aux collections, et peut mener au mécénat ou aux œuvres de bienfaisance. La mise à distance de la libido dans ces activités est reflétée par le manque de création ou de production originale qui impliquent intimement le sujet. Leur « production » reste désaffectisée.

Lorsque la **rétention** prédomine, c'est l'économie qui l'emporte, avec la continuation du modèle infantile : peur de perdre quelque chose. Ainsi à cause de l'équation : argent = excréments, l'attitude envers l'argent devient irrationnelle et ambivalente. L'argent n'est pas vécu comme quelque chose d'utile mais de juste bon à être retenu, accumulé ou parfois gaspillé à la légère.

Ce comportement peut s'observer dans l'attitude du sujet vis-à-vis du **temps** : le caractère anal peut être ponctuel à la seconde près, d'une exactitude à toute épreuve ou bien perdre des heures pour gagner des minutes, voire effectuer deux choses à la fois pour perdre moins de temps (travaux, lecture pendant la défécation, etc.).

Le **refoulement** dans le caractère anal est intense car les satisfactions de la libido ainsi régressée sont inacceptables pour le moi (l'absence de refoulement donnerait une perversion). Le prix que paye la conscience pour le maintien inconscient de cette libido anale, est, comme toujours, celui des symptômes.

5. PERSONNALITÉ PHOBIQUE

Actuellement, son existence est remise en cause en raison de la présence au sein de la personnalité, non pas de traits de caractère, mais de véritables symptômes phobiques réalisant une névrose « a minima ».

Par exemple, on retrouve une conduite d'évitement, un état d'alerte permanent, une fuite en avant (attitude contra-phobique) devant une situation vécue comme conflictuelle (personnalité évitante des AngloSaxons (DSM IV)).

Lorsqu'on observe une personnalité pathologique à la base de la névrose phobique, elle présente souvent des traits de caractère hystérique (en particulier la conduite entraînant des bénéfices secondaires grâce aux personnes contra-phobiques).

De nos jours, le terme de personnalité phobique n'est donc plus utilisé.

6. PERSONNALITÉ PARANOÏAQUE

6.1. Généralités : personnalité et délire

Par définition, il ne doit pas exister de délire dans une personnalité paranoïaque. Cependant, la personnalité paranoïaque pose le problème d'une défense contre un délire pouvant potentiellement se décompenser.

Par exemple, l'obnubilation dépourvue de critique avec laquelle le sectaire se défend ou croit se défendre se distingue parfois difficilement de l'adhésion à un délire ou de l'imputation à autrui d'intentions malveillantes. Ainsi, il est souvent difficile de distinguer ce qui constitue les éléments de la « personnalité paranoïaque » de ce qui appartient déjà à un délire de type paranoïaque.

Avant la psychose, on observe souvent des traits de la personnalité psychasthénique, sensitive ou paranoïaque, voire une névrose obsessionnelle. On peut aussi déceler, avant l'apparition de la psychose : une orientation nettement sociale de l'activité professionnelle (vie politique, associations, etc.) ou une attitude particulière vis-à-vis de l'objet hétérosexuel (insatisfaction du Donjuanisme, éviction de l'objet sexuel du platonisme, voire éviction totale sans fixation amoureuse).

6.2. Description clinique

Quatre traits fondamentaux constituent la personnalité paranoïaque.

• Hypertrophie du moi :

Elle est considérée, par certains auteurs, comme le trouble princeps d'où découlent : la psychorigidité, l'obstination, l'intolérance, le mépris d'autrui et le fanatisme. Cette surestimation de soi entraîne l'orgueil ambitieux, la vanité, masquée parfois par une fausse modestie superficielle.

• Méfiance :

Elle prépare les sensations de persécutions par autrui, les sentiments d'isolement. Le sujet se sent entouré d'un univers malveillant et envieux. Elle s'associe assez fréquemment à la susceptibilité, à la rancune et à l'hypervigilance.

• Fausseté du jugement :

Elle est secondaire à la pensée paralogique. Elle se traduit par des interprétations fausses et un subjectivisme pathologique. Elle se fonde sur un système où domine un sentiment de persécution ou de grandeur. L'autocritique ou le doute sont impossibles, l'autoritarisme et l'intolérance tyrannique vis-à-vis de l'opinion de l'entourage sont fréquents.

• Inadaptation sociale :

Elle est la conséquence aussi bien des trois traits décrits ci-dessus que de l'incapacité à subir une discipline collective. On remarque chez ces sujets une tendance à l'isolement, l'égoïcentricité. Leur sociabilité est faible, malgré la présence éventuelle de mouvements pseudo-altruistes.

L'attitude globale est exaltée, rigide avec un comportement revendicatif, rancunier, quérulent. Le niveau intellectuel peut être bon; autodidacte du fait de son isolement, la réussite sociale du sujet est parfois surprenante.

6.3. Formes cliniques

Selon la prédominance du pôle établissant le mode de relation avec l'extérieur (sthénique, effacé ou inquiet), certains auteurs ont décrit trois variétés de personnalités paranoïaques.

• Personnalité paranoïaque de combat :

Elle se caractérise par la dominance du pôle fanatique, querelleur, obstiné. La surestimation de soi et la méfiance sont au second plan.

• **Personnalité paranoïaque de souhait :**

Elle se caractérise par la dominance de l'isolement, de la fausseté du jugement, du sentiment de supériorité (idéaliste, inventeur méconnu).

• **Personnalité sensitive de Kreitschmer :**

Elle se caractérise par une personnalité beaucoup plus « asthénique » que « sthénique ». Cette personnalité favorise, en cas de décompensation délirante, un délire paranoïaque de type sensitif.

La personnalité sensitive de Kreitschmer regroupe des traits psychasthéniques et parfois hystériques :

— **Paranoïa :**

La méfiance est présente, la susceptibilité est à la limite du délire de persécution. On ne note pas d'hypertrophie du moi, au contraire la fragilité du moi est ici princeps.

— **Psychasthénie :**

La scrupulosité est extrême avec un sentiment d'insatisfaction globale qui masque l'orgueil et l'ambition. La tendance à l'introspection douloureuse et permanente de la vie affective ne trouve aucune possibilité d'extériorisation (rétention des affects).

— **Dépressivité :**

L'asthénie ou l'hypoasthénie est au premier plan, plus que la révolte. Un sentiment de culpabilité domine la lutte intérieure. S'il y a des revendications, elles sont plutôt de type hypocondriaque.

— **Sensitivité :**

On retrouve une hyperesthésie des contacts sociaux. Le sujet est très impressionnable par les expériences vécues. L'hyperémotivité ressentie ne débouche sur aucune décharge émotionnelle. L'élaboration de sa souffrance est « en profondeur » : souffrance silencieuse, sentiment d'échec social.

6.4. Évolution de la personnalité paranoïaque

Le retentissement sur le domaine professionnel et familial est quasi-constant. Des réactions passionnelles — type agressivité ou jalousie — émaillent l'évolution.

Le revendiquant prend en main son propre dossier, car il ne fait confiance à personne, et s'engage dans des procédures judiciaires complexes pouvant durer plusieurs années. Des actes médico-légaux hétéro-agressifs risquent de se produire (« ce n'était que justice »).

On observe aussi des épisodes dépressifs persécutifs ou des réactions hypocondriaques, en particulier chez les personnalités sensibles. Ces épisodes sont le moment privilégié d'une demande de soins.

Une personnalité paranoïaque peut décompenser sur un mode paranoïaque délirant (cf. psychoses chroniques). Certains auteurs retrouvent dans plus de 50% des délires paranoïaques une personnalité pré morbide paranoïaque.

6.5. Point de vue psychanalytique

- Freud est le premier à interpréter la personnalité paranoïaque comme un mode de défense contre une homosexualité latente, et à accorder à la projection un rôle essentiel dans la genèse du sentiment de persécution.
- Trois étapes sont nécessaires avant d'en arriver au sentiment de persécution :
 - négation de l'affect : je l'aime → je ne l'aime pas ;
 - retournement positif : je ne l'aime pas → je le hais ;
 - projection : je le hais → il me hait.
- Ce dernier sentiment est le seul vécu consciemment et **motive** la dernière position affective : puisqu'il me hait, je le hais.

7. PERSONNALITÉS « BORDER-LINE », NARCISSIQUE, SCHIZOTYPIQUE, SCHIZOÏDE, ÉVITANTE

7.1. Généralités sur les personnalités limites

Depuis la création et la définition des termes de névrose et de psychose, les psychiatres, les psychanalystes ou les psychologues ont pressenti la nécessité de créer un groupement nosologique pour des entités qui ne pouvaient rentrer ni dans le cadre des névroses, ni dans celui des psychoses.

En effet, un ensemble sémiologique particulier, une alternance, un polymorphisme de la symptomatologie sont un argument diagnostique des états limites. Les conceptions analytiques, en définissant l'organisation, le type de défense et le mode de relation tentent de caractériser plus précisément cette organisation mentale.

7.1.1. Description clinique : personnalité border-line

Les états limites représentent approximativement 20% des admissions en psychiatrie.

• Terrain :

A la différence de la psychopathie, le diagnostic de personnalité limite est plus fréquemment porté chez la femme.

• Angoisse, instabilité :

- L'angoisse, constante, est représentée ici par un **sentiment de vide** avec désinvestissement global lié à la perte du sens donné à la vie ou plutôt à celui de l'objet lui donnant du sens.
- Elle n'a la teneur ni de l'angoisse névrotique qui reste une angoisse de castration, de faute, ni de l'angoisse psychotique de morcellement, de repli.
- C'est une angoisse de perte d'objet qui apparaît dès que le sujet imagine que son objet (anaclitique : par étayage) va lui faire défaut. La crainte de l'abandon est permanente : **abandonisme**.
- La lutte contre cette angoisse se manifeste par :
 - . des moments d'hypomanie ou d'euphorie;
 - . une instabilité : recherche permanente de l'autre ou des autres.
- Ayant besoin d'affection, de réassurance, le sujet peut séduire mais se montre incapable de se fixer dans une relation stable.
- Cette nécessité d'être apprécié peut donner une **façade hyperadaptée**, de bonne réussite professionnelle, comme s'il possédait une maturité, alors que c'est le groupe qui participe au soutien de son immaturité (personnalité « as if » de H. Deutsh).
- C'est dans la relation duelle qu'apparaît nettement son **narcissisme mal établi**, fragile, son besoin de compréhension, de respect, d'affection, de soutien.
- **Le rapport à l'autre** est tout à fait ambivalent : tour à tour persécuteur (traits de caractère paranoïaque avec agressivité, colères), manipulateur, interdicteur et protecteur.

• Dépression :

- Pour Bergeret : « Le danger immédiat contre lequel toutes les variétés d'état limite luttent, c'est avant tout la dépression » ou encore : « sans l'objet anaclitique, le patient va sombrer dans la dépression ».
- On note certaines caractéristiques de cette dépression :
 - . labilité de l'humeur (passage rapide d'une humeur normale à une humeur expansive, dépressive ou anxieuse);
 - . absence de remords, d'auto-accusation, de culpabilité;
 - . sentiments d'abandon, de solitude, d'impuissance entrecoupés de mouvements d'espérance, d'appel, de rage ou de colère contre l'objet perdu;
 - . désorganisation des capacités d'adaptation du patient à la réalité tant extérieure (retrait total, refus de tout contact) qu'intérieure (moment de dépersonnalisation);
 - . insatisfaction, rejet de tout ce qui pourrait être source de plaisir.

• **Symptômes névrotiques :**

Tous les registres d'expression névrotique s'observent. Les fluctuations, l'alternance et le polymorphisme des symptômes sont caractéristiques. Ces symptômes n'arrivent pas à lier efficacement l'angoisse sous-jacente.

— **Symptômes phobiques :**

- . Phobie sociale (peur de rougir, peur d'être regardé), phobie d'espace, phobie multiple entraînant une inhibition massive du contact.
- . Tonalité persécutive des craintes.

— **Symptômes obsessionnels :**

- . Justifications rationnelles de leur symptômes.
- . Absence de lutte anxieuse, souplesse psychique inhabituelle.
- . Besoin d'estime et non de punition.

— **Symptômes hystériques :**

- . Fréquence des manifestations psychiques (état crépusculaire, fugue amnésique).
- . Labilité, histrionisme, multiplicité des symptômes.

— **Décompensation psychosomatique.**

• **Troubles du comportement :**

- En contraste avec l'hyperadaptabilité de ces patients, la survenue des troubles du comportement entraîne une **instabilité professionnelle** majeure avec un risque de désadaptation sociale totale.
- Ces troubles se manifestent dans un registre d'impulsivité, d'agressivité et d'instabilité.
- A la différence de la psychopathie, le patient critique a posteriori son acte, parfois sévèrement, et reconnaît l'absence de bienfait pour lui-même (conduite autodestructrice) ou pour son entourage (mécanisme de clivage).
- On retrouve les troubles des conduites suivants :
 - . abus d'alcool, toxicomanie, boulimie;
 - . vol, bagarres, fugues;
 - . crises épileptiques, tentatives de suicide;
 - . conduite sexuelle polymorphe, vie sentimentale chaotique, variabilité des partenaires.
- Ces conduites perverses à scénario variables sont évoquées de façon très crue, qu'il y ait eu ou non passage à l'acte.

• **Troubles du cours de la pensée :**

- Dans ce registre on observe parfois :
 - . des idées de préjudice;
 - . des idées de référence;
 - . une pensée magique;
 - . des éléments dissociatifs « à minima ».

7.1.2. Évolution, complications des états-limites :

- L'évolution est fluctuante, variable avec les frustrations actuelles (sentimentales, sociales, professionnelles), les séparations ou les menaces de séparation d'avec l'objet anaclitique :
 - . décès, rupture sentimentale;
 - . mariage et séparation d'un « fils chéri »;
 - . blessure narcissique par ennuis financiers, mise à la retraite (décompensation de la sénescence).
- Des décompensations de tous types sont observables dans ces périodes :
 - . dépression, tentative de suicide;
 - . conduites antisociales;
 - . crises d'angoisse aiguë, épisodes de dépersonnalisation;
 - . décompensation névrotique, psychosomatique, aménagement pervers;

- décompensation psychotique aiguë, parfois à rechute, que l'on différencie des bouffées délirantes aiguës par :
 - la rareté des hallucinations ou des illusions,
 - la pauvreté de la structure du délire,
 - la thématique délirante souvent persécutrice,
 - l'importance du sentiment d'irréalité, de la dépersonnalisation,
 - la critique partielle de l'épisode au moment où il le vit,
 - surtout, l'extrême **labilité de ces états**, réponse « trop » rapide sous neuroleptiques, parfois dès le lendemain de l'hospitalisation.

• **Point de vue psychanalytique sur les états-limites :**

- Plusieurs théories essayent de rendre compte de la psychopathologie de l'état limite. Elles évoquent, dans l'ensemble, une défaillance dans la structuration du Moi et dans l'élaboration du narcissisme.
- **Pour Kernberg**, la personnalité-limite renvoie à une structure fixe et stable de la personnalité. L'origine de cet excès d'angoisse est, pour cet auteur, due à l'excès de charge agressive dirigée contre les mauvaises parties du soi et de l'objet. Une unification des tendances bonnes et mauvaises, du soi ou de l'objet, est ressentie par le patient comme une menace de destruction.
- L'organisation limite serait avant tout une **pathologie du narcissisme**, de la relation à l'autre, centrée sur la dépendance anaclitique où le sujet est en lutte continue contre la dépression. La relation d'objet anaclitique (venant du grec « se coucher contre ») constitue une dépendance à l'autre massive, vitale, aussi bien sur un mode passif que sur un mode de manipulation agressive plus ou moins consciente, sans atteindre toutefois la relation fusionnelle propre aux psychotiques.
- **Pour Widlöcher**, l'organisation limite ne se rapporte pas à une structure, mais se caractérise par l'intrication de traits névrotiques et psychotiques, le rôle dominant de l'oralité, du clivage et de l'agressivité. Il considère quatre traits sémiologiques principaux :
 - l'activité fantasmatique dénuée des défenses névrotiques habituelles;
 - l'angoisse d'annihilation, de destruction de la cohérence de soi;
 - les tendances agressives intenses avec crudité de l'expression fantasmatique;
 - l'organisation chaotique du développement libidinal.
- Tous ces auteurs rapportent l'étiopathogénie des troubles limites à des expériences de frustrations précoces extrêmes (Kernberg), un « traumatisme psychique précoce » au sens affectif du terme, avant l'Œdipe (Bergeret).

7.2. Personnalité schizotypique

- Dans ce cadre sont individualisées les personnalités présentant des bizarreries :
 - **de la pensée** : idées de références, croyances bizarres, pensée magique, méfiance, idée persécutoire, communication des affects à distance;
 - **de la perception** : expériences perceptives inhabituelles, illusions, sensations d'une force ou d'une personne à ses côtés, « sixième sens », télépathie;
 - **du discours** : pauvre ou trop compliqué, métaphorique, digressif, vague; mais sans relâchement des associations et sans incohérence (à la différence de la schizophrénie);
 - **des affects** : pauvres, inadéquats, distants. L'anxiété sociale est excessive, il y a hypersensibilité à la critique;
 - **du comportement** : aspect excentrique, incuriqué, maniérisme, soliloque.
- L'ensemble de ces manifestations ne survient pas exclusivement au cours de l'évolution d'une schizophrénie et sont d'une sévérité insuffisante pour répondre au diagnostic de schizophrénie.
- Malgré cela, certains psychiatres rangent ce trouble dans le spectre des schizophrénies : « schizophrénie à minima », « forme atténuée de la schizophrénie : sans psychose ni détérioration ».

8. PERSONNALITÉ PSYCHOPATHIQUE

« Le jour où l'homme, au lieu d'envoyer un coup de massue envoya une injure, il fut le fondateur de la civilisation. »

8.1. Généralités

Depuis Pinel ce type de personnalité, qualifiée par lui de « manie sans délire », est décrite comme avant tout « anti-sociale ». Ainsi plusieurs générations de psychiatres ont pu élaborer des théories de la sociopathie marquées par les références morales dominantes de l'époque : « pathologie de la volonté » d'Esquirol, théorie de la dégénérescence de Morel, déséquilibres constitutionnels de Magnan, criminel-né de Lombroso et « chromosome du crime » XYY.

La nosographie française ancienne parle de déséquilibre mental ou déséquilibre psychique avant d'adopter le terme actuel de personnalité psychopathique d'origine anglo-saxonne.

L'imprécision des **origines** de ce terme (du côté de la « constitution » ou du côté des « conduites antisociales ») explique l'imprécision **nosographique** du terme, dont certains contestent même l'unité, voire l'existence. Bergeret critique le fait de « ranger toutes les conduites asociales » dans une catégorie « fourre-tout ».

Actuellement, on définit sous ce terme une mosaïque de troubles du caractère et des conduites (impulsivité, instabilité affective et professionnelle, inadaptabilité) entraînant une inadaptation sociale ou une conduite antisociale.
Le diagnostic de **personnalité psychopathique** repose à la fois sur des arguments biographiques (« histoire faite d'histoires ») et sur des traits de personnalité.

L'approche psychanalytique caractérise la psychopathie comme une modalité de fonctionnement où le sujet a une tendance à résoudre tout conflit intra-psychique par un passage à l'acte hétéro ou auto-agressif, au détriment de toute élaboration mentale, avec ou sans conséquences médico-légales (G. Diatkine).

8.2. Description clinique

PERSONNALITÉ PSYCHOPATHIQUE		
Biographie	Traits de caractère	Complications psychiatriques
Enfance Manifestations « caractérielles » Instabilité scolaire Début des conduites antisociales	Instabilité affective Instabilité thymique Facilité du passage à l'acte Traits hystériques Traits paranoïaques Conduites perverses	Crise d'agitation Accès dépressifs Bouffée délirante aiguë, réaction paranoïaque aiguë Alcoolisme, toxicomanie, conduite pharmacomaniaque
Adolescence Multiples changements d'établissement scolaire Rapports rapidement répétés avec la loi, la toxicomanie, l'alcool Sexualité précoce et agressive		
Adulte Récidivisme Absence d'intégration des expériences Passage à l'acte		

8.2.1. Terrain :

A la différence de la personnalité limite, le diagnostic de personnalité psychopathique est plus fréquent chez l'homme.

8.2.2. Biographie :

Les arguments biographiques sont parfois les seuls que l'on retrouve lorsque la consultation se fait en dehors des périodes de passage à l'acte ou de complications évolutives, par exemple lors des situations de retrait passif où la consultation est demandée par un entourage inquiet de cette accalmie.

Ce caractère, parfois insaisissable, a fait parler de « caméléon » ou « d'arlequin » psychiatrique (Deniker).

On retrouve quasi-constamment, chez les enfants ou adolescents, des troubles précoces secondaires à d'importantes carences affectives, au début de leur vie. Les troubles du comportement qui en ont découlé sont assez intenses pour provoquer secondairement une faillite, un effondrement de leur environnement.

8.2.3. Clinique actuelle :

• Caractère psychopathique :

Le contact se caractérise par sa superficialité, malgré son intensité apparente. L'impression de sympathie immédiate ou de résignation dont le patient paraît faire preuve est frappante. Très vite, le sujet change d'avis ou d'attitude, pour retrouver ses projets antérieurs.

— Instabilité affective :

L'affectivité est dominée par une **hyperémotivité** dont les fluctuations sont caractéristiques :

- . explosions intermittentes d'angoisses et d'émotions (crises excito-motrices), manque de contrôle émotionnel;
- . absence de culpabilité face aux règles établies, aux lois;
- . inaffectivité apparente, insoucieux d'autrui, égocentrisme;
- . anxiété sous-jacente souvent présente.

— Instabilité thymique :

La **dysphorie** (sentiment d'ennui, de vide, de malaise, de morosité, de désintérêt) oscille ou coexiste avec une attitude d'exaltation, d'optimisme (labilité émotionnelle).

Les sentiments d'insatisfaction permanente, non élaborée sur un mode dépressif net, peuvent conduire :

- . à des conduites à risques : délits, jeu, accumulation de dettes, toxicomanie, automédication avec hypnotiques;
- . à des changements de milieu fréquents, « à l'aventure » : voyages sans but et sans bagages;
- . à des gestes suicidaires sans tristesse, sans élaboration dépressive, sans réel désir de mort.

— Facilité du passage à l'acte :

Le passage à l'acte représente l'unique réponse à tout conflit, « à la place du langage ».

On décrit :

- . des **actes hétéro ou auto-agressifs** secondaires à des frustrations ou à tout obstacle opposés au désir du sujet;
- . une impulsivité, un récidivisme;
- . une impossibilité de différer une satisfaction;
- . une difficulté, voire une impossibilité à mentaliser les actes.

• Complications psychiatriques :

Elles se caractérisent par des éléments réactionnels. Les complications psychiatriques apparaissent en règle générale comme une réaction à un événement social ou affectif de la vie du sujet, et n'est pas toujours facile à repérer.

— Accès dépressifs :

L'ennui, l'apragmatisme, la revendication affective ou les plaintes hypocondriaques dominent le tableau clinique. En effet, les sentiments de culpabilité, d'autodévalorisation, d'indignité sont le plus souvent absents. L'éventualité d'un passage à l'acte suicidaire, impulsif, est toujours à craindre.

— Bouffée délirante aiguë, réaction paranoïaque aiguë :

Elles surviennent surtout dans une situation traumatisante de type carcérale par exemple (psychose carcérale). Le tableau est labile, souvent incomplet et pose parfois le problème d'une pathomimie. La résolution de tels épisodes peut être rapide.

— Alcoolisme, toxicomanies, conduite pharmacomaniaque.

8.3. Diagnostic différentiel de la personnalité psychopathique

- Devant un état d'agitation et des troubles du comportement d'apparence psychopathique, on discute 6 diagnostics :
 - . schizophrénie type hébéoïdophrénique;
 - . épilepsies temporales;
 - . compulsions d'origine délirante;
 - . compulsions d'origine névrotique;
 - . état limite;
 - . troubles réactionnels de l'adolescence.

8.4. Évolution

- Curieusement, on observe rarement des psychopathes après 40 ans (Lôo).
- L'évolution favorable vers des « psychopathies réussies » est possible lorsqu'il rencontre un milieu, ou un groupe, capable de canaliser, de contenir les manifestations psychopathiques ou de laisser en exercer une part à l'intérieur d'un cadre précis, réglementé :
 - . utilisation de la témérité, de l'agressivité dans l'armée, la police;
 - . utilisation du besoin de tromper dans le milieu des affaires ou du commerce;
 - . répétition des changements d'environnement et valorisation de l'idéal du Moi dans le milieu artistique;
 - . utilisation du besoin d'agir, de dominer, de travestir la vérité dans le milieu politique.
- L'évolution défavorable se fait vers des pathologies revendicatrices (paranoïaques ou non) de type hypochondriaques ou passionnelles, des conduites alcooliques, toxicomaniques, des personnalités limites, ou dans des existences marginales, asociales (position de quête perpétuelle à l'égard des organismes sociaux), délinquantes (renoncement à une partie de leur liberté par amour du groupe ou du leader).

8.5. Point de vue psychanalytique

« Le passage à l'acte fait l'économie de la mentalisation des conflits. »

P. Jeammet

Au niveau dynamique, le passage à l'acte psychopathique permet une satisfaction des pulsions dans le monde extérieur sans tenir compte de ses menaces ni des interdictions issues du Surmoi.

L'objet de ses pulsions répond à un Idéal du Moi démesuré (idéal de force, de talent, de puissance sexuelle) qui veut atteindre la perfection en utilisant autrui (victimes, gang, public).

La reconnaissance par le groupe de sa toute puissance peut calmer cette tension, jusqu'au passage à l'acte suivant.

Au niveau économique, la carence du narcissisme du psychopathe est reconnue par tous les auteurs. Ainsi, le soulagement narcissique que procure le passage à l'acte (égalisant le Moi à son Idéal) n'est que provisoire et entraîne des récives afin de retrouver, à nouveau, cette émotion de « maître du monde ». La dépendance que l'on note à l'égard des objets investis, la violence du lien affectif, signent, pour Bergeret, cette économie narcissique anaclitique du sujet.

Au niveau topique, on parle d'une absence de perception des interdictions du Surmoi et de la réalité extérieure.

9. PERSONNALITÉ MULTIPLE

Décrite surtout par les anglo-saxons (DSM IV), la personnalité multiple est caractérisée par l'existence chez une personne de deux ou plusieurs « états de personnalité » distincts, ayant des modalités propres de perception, de souvenir, de raisonnement et de relation avec l'environnement.

On observe une alternance de ces personnalités pour le contrôle total du comportement du sujet. Actuellement, 200 cas ont été décrits dans la littérature. On range cette personnalité dans les manifestations d'expression psychique de la névrose hystérique.

États névrotiques

1. DÉFINITIONS

TROUBLES NÉVROTIQUES

Les troubles névrotiques sont :

- 1) des troubles mentaux;
- 2) des troubles qui ne comportent pas d'étiologie organique démontrable (même si des facteurs biologiques peuvent éventuellement participer à leur genèse (terrain vulnérable);
- 3) ressentis par la patient comme indésirables (trouble égodystonique) et entraînent une souffrance psychique dont le sujet a conscience (reconnaissance du caractère morbide du trouble);
- 4) des troubles qui ne perturbent pas ou peu, l'expérience de la réalité ni le sentiment d'identité.

- Par définition, les névroses se distinguent :
 - des manifestations périphériques des troubles organiques;
 - des troubles de la personnalité (permanents, égasyntoniques);
 - des troubles psychotiques.

2. HISTORIQUE

L'histoire du concept des « névroses » est particulièrement liée à l'histoire de la psychanalyse qui limita son cadre nosographique, précisa ses approches thérapeutiques et lui donna un cadre théorique étiopathogénique.

Laplanche et Pontalis confirment l'intrication de la théorie analytique à la définition de la névrose et soulignent l'importance du **conflit psychologique** qui serait à leur origine :

« La névrose est une affection psychogène où les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constituant un compromis entre désir et défense. »

Dans le modèle psychanalytique, les facteurs psychologiques sont déterminants dans la genèse d'une névrose. La névrose affecte globalement la personnalité et le comportement du sujet; il existe une relation de compréhension entre le trouble, l'histoire du sujet et sa personnalité.

3. PERSPECTIVES NOSOGRAPHIQUES ACTUELLES

De nos jours, le concept de névrose est remis en cause et a disparu dans les classifications internationales les plus utilisées (DSM IV, ICD 10). En effet, les auteurs de ces classifications ne voulaient dépendre d'aucune théorie étiopathogénique et la névrose implique, comme on l'a vu précédemment, une référence obligatoire au modèle analytique.

4. PRINCIPALES THÉORIES ÉTIOPATHOGÉNIQUES

L'étiologie des névroses est probablement multifactorielle. À côté des théories psychanalytiques, les autres théories soulignent l'importance du terrain biologique (vulnérabilité biologique du terrain), de l'environnement ou du conditionnement (notion d'apprentissage, de conditionnement).

4.1. Théorie psychanalytique des névroses

« Toute la psychanalyse s'était fondée sur la théorie originale du symptôme névrotique et du symbolisme onirique, considérés comme des compromis substitutifs, intervenant entre un désir refoulé et les forces refoulantes. Ce processus de symbolisation régit par le principe de plaisir (et par son dérivé le principe de réalité) tend à la décharge et à la réduction des tensions... La solution du conflit, aussi mauvaise soit-elle, amène une détente, ne fût-ce que partielle. »

Nicolas Abraham

Freud est le premier à avoir eu l'intuition que les symptômes dont se plaignent les névrosés ont un sens et une fonction régulatrice au sein de l'appareil psychique. Le symptôme névrotique évite au sujet la confrontation directe à une angoisse insurmontable (angoisse de castration par exemple) secondaire à un conflit intrapsychique. **Ainsi le symptôme prend-il son sens lorsqu'il est considéré comme une solution, une formation de compromis entre des représentations pulsionnelles (venant du Ça) inacceptables pour le Moi et les moyens de défense du Moi.** Dans la névrose, le conflit oppose le Ça et le Moi (sous le contrôle vigilant du Surmoi).

• Au commencement :

À l'origine de la névrose, on retrouve à un stade précoce (infantile) un conflit psychique inconscient non résolu ayant entraîné une fixation de la libido à un stade du développement psychoaffectif de la personnalité. Cette fixation de l'énergie libidinale empêche son évolution harmonieuse au travers des autres stades de maturation et ne permet pas une résolution du complexe d'Œdipe. Par la suite, le mode de satisfaction libidinale de l'adulte n'est plus celui lié à la résolution de l'Œdipe, de type génital, mais celui du conflit pré-génital où la libido est restée attachée.

Le symptôme est donc le témoin d'un conflit d'origine infantile non résolu, inconscient et toujours actif.

• La séduction :

« Je l'ai fait » dit ma mémoire, « Je ne puis l'avoir fait » dit mon amour propre, et il n'en démord pas. En fin de compte, c'est la mémoire qui cède. »

Nietzsche, « Par delà bien et mal »

L'origine du conflit ayant entraîné une telle fixation serait due à un traumatisme vécu dans l'enfance soit réel (séduction sexuelle), soit fantasmatique (fantasme de désir, de séduction, fantasmes sexuels). Le refoulement (primaire) permet de maintenir hors de la conscience ces représentations pulsionnelles jugées inacceptables par le Moi. Le conflit peut alors rester latent jusqu'à l'âge adulte.

• Refoulé : le retour

À l'âge adulte, le refoulement primaire peut céder, sous les pressions d'une situation conflictuelle à nouveau intolérable pour le Moi (frustration, insatisfaction libidinale).

Le conflit premier se trouve réactivé et vient à nouveau se présenter au Moi, ainsi que toutes les représentations angoissantes qui lui sont attachées.

Devant le « retour du refoulé », le Moi doit recourir à d'autres mécanismes de défense que le refoulement, mis en échec. La représentation pulsionnelle va alors, à nouveau chercher, une voie lui donnant pleinement satisfaction.

• Voies de la régression :

La libido se dirige, ou plutôt régresse, vers un stade antérieur où les modes de satisfaction objectale lui avait donné pleinement satisfaction : son ancien lieu de résidence, son stade de fixation antérieure :

« Ce qui attire la libido sur la voie de la régression, ce sont les fixations qu'elle a laissées à des stades de son développement » (Freud).

Une fois fixés, les modes de satisfaction libidinale attachés au stade de régression se trouvent réactivés et vont rentrer à nouveau en conflit avec le Moi. Le Moi refoule (refoulement secondaire) la représentation pulsionnelle qui va se transformer par les mécanismes de défense du Moi jusqu'à être méconnaissable pour le Moi.

Le symptôme névrotique est une représentation symbolique et détournée de la motricité pulsionnelle originelle. Par son accomplissement dans la réalité, le symptôme est une satisfaction substitutive qui tient compte à la fois de la pulsion initialement refoulée, de l'interdiction du Surmoi et du principe de réalité qui tous deux régissent le Moi.

• Bénéfices :

L'attachement du patient au symptôme, sa stabilité dans le temps et la résistance aux thérapeutiques proposées peuvent être expliquées par la solution (solution névrotique), à tous les niveaux, que représente l'aménagement névrotique.

On appelle **bénéfice primaire** la capacité du symptôme à réduire l'anxiété, née du conflit intrapsychique, par la jouissance inconsciente obtenue grâce à lui.

Les **bénéfices secondaires** représentent tous les avantages conscients (sociaux, familiaux, professionnels, etc.) que le patient retire, grâce à son symptôme.

4.1.1. Libido, son destin :

- Selon le type de névrose, l'avenir de la représentation pulsionnelle connaît différents destins. Après le refoulement secondaire de la représentation, l'affect se détache de la représentation sous forme libre (anxiété) pour être :
 - déplacé sur le **corps**, dans la névrose hystérique sous la forme d'un symptôme de conversion;
 - déplacé sur une **situation**, un **objet** ou un **espace** dans la névrose phobique;
 - déplacé sur la **pensée**, dans la névrose obsessionnelle;
 - toujours **libre**, non déplacé, dans la névrose d'anxiété.
- La représentation pulsionnelle refoulée est transformée par les mécanismes de défense du Moi, pour devenir acceptable par la conscience.

4.1.2. Principaux mécanismes de défense du Moi :

MÉCANISMES DE DÉFENSE DU MOI

Déplacement
Formation réactionnelle
Isolation
Annulation
Renversement dans le contraire
Projection
Dénégation

• Déplacement :

Processus par lequel l'investissement libidinal est transféré d'une représentation mentale à une autre image plus neutre, reliée à la première par une chaîne associative symbolique.

La symbolisation et la sublimation sont secondaires à des déplacements en série.

Ex : La peur des couteaux est une phobie où le déplacement est faible par rapport au conflit originel (anxiété de castration).

• Formation réactionnelle :

Processus par lequel l'investissement libidinal inacceptable est maîtrisé par l'exagération de la tendance opposée. Les formations réactionnelles peuvent modifier la personnalité à l'opposé de ses tendances inconscientes.

Ex : Dans la névrose obsessionnelle, la sollicitude est une formation réactionnelle de l'agressivité sadique-anale.

• Isolation :

Processus par lequel une représentation est isolée de la charge affective qui lui est attachée.

La représentation peut être alors évoquée par le sujet, car elle est ne déclenche plus aucune participation affective. Elle n'entraîne, lors de son évocation, ni association, ni pensée, ni souvenir. L'affect se déplace alors sur une autre représentation neutre dont l'évocation provoque une réaction affective disproportionnée et incompréhensible.

Ex : Dans la névrose obsessionnelle, le refus des pulsions « interdites » entraîne un investissement d'un monde « isolé » fait de mots ou d'idées désaffectisées, vidées de tout contenu pouvant avoir une signification émotionnelle.

L'intellectualisation et la tendance à rationaliser l'ensemble des conduites ou des pensées permettent à l'obsessionnel d'éviter tout débordement affectif.

• **Annulation :**

Processus par lequel le sujet fait « comme si » une pensée ou un acte antérieur n'était jamais advenu. « c'est une magie négative, elle veut « effacer en soufflant » non les conséquences d'un événement, mais celui-ci même » [Freud, 1926].

Pour cela, le sujet fait quelque chose de positif qui, de façon réelle ou magique, est le contraire de la pensée ou de l'acte antérieurement advenu.

Ex : Dans la névrose obsessionnelle, on peut parfois observer l'accomplissement de rituels compulsifs opposés : le sujet vérifie le gaz en l'allumant puis en l'éteignant une dizaine de fois.

La pensée magique illustre aussi ce phénomène, où la pensée d'une image rituelle annule une pensée désagréable.

• **Renversement dans le contraire :**

Processus par lequel le but d'une pulsion est inversé.

Ex : dans le couple sadisme-masochisme ou dans le plaisir à regarder-à se montrer (exhibition) :

. à la place du but actif : faire souffrir, regarder ;

. est installé le but passif : souffrir, être regardé.

• **Projection :**

Processus par lequel les représentations internes intolérables sont rejetées et ressenties comme venant de l'extérieur de soi.

Ex : Dans la phobie, grâce à la projection, le sujet adopte vis-à-vis des dangers extérieurs une attitude de fuite ou d'évitement, véritable projection dans le réel du danger pulsionnel interne, où il n'y a pas de fuite possible.

• **Dénégation :**

Processus évitant le refoulement, en raison de la négation qui précède l'énonciation du désir, de la pensée ou d'un sentiment antérieurement refoulé.

Ex : « Je ne voudrais surtout pas vous contredire, mais... »

4.1.3. **Étiopathogénie spécifique des névroses stables :**

« La valeur symbolique du symptôme est toujours liée au conflit initial qui lui a donné naissance. La signification du symbole n'est pas accessible au sujet en raison même du refoulement. »

Nicolas Abraham

• **Névrose d'angoisse :**

Dans la névrose d'angoisse, Freud voyait l'origine du trouble dans « un désordre de la vie sexuelle actuelle », et non comme l'expression d'un conflit infantile symbolique. L'angoisse n'est ici liée à aucun objet ou aucune situation spécifique.

• **Névrose phobique :**

La névrose phobique partage un certain nombre de points communs avec la névrose hystérique : les pulsions, à l'origine du conflit entre le Moi et le Ça, sont d'origine sexuelle. En particulier, l'angoisse est la même devant les fantasmes œdipiens interdits.

L'angoisse du Moi, devant l'horreur qu'inspire la castration, provoque le refoulement secondaire. Dans les phobies, il y a substitution, par un objet, ou une scène phobique, du danger pulsionnel intérieur initial. La représentation refoulée est déplacée, symbolisée et projetée sur un objet ou une situation extérieure dont la valeur symbolique rappelle, par une chaîne associative inconsciente, le conflit pulsionnel interne.

• **Névrose hystérique :**

« Je ne voudrais pas avoir un pénis... J'estime que j'ai déjà une bite dans le cerveau, je n'ai pas besoin d'en avoir une autre entre les jambes. »

Madonna, « Sexe »

L'affect lié à la représentation pulsionnelle est « converti » au niveau d'une zone ou d'une fonction corporelle. La zone ou la fonction corporelle choisie inconsciemment, est en relation symbolique avec la représentation pulsionnelle. Cette liaison se fait grâce aux mécanismes de condensation et d'identification. En effet, le choix inconscient peut se faire par identification à des personnes porteuses elles-mêmes d'un symptôme somatique (identification des hystériques aux épileptiques des services de neurologie au temps de Charcot). La fixation chez l'hystérique s'est produite au stade phallique, à la suite du conflit œdipien. D'autres fixations, avec des régressions à des stades plus précoces, ont été évoquées, en particulier la régression au stade oral pour expliquer l'avidité affective, l'incontinence émotionnelle et l'intolérance à la frustration des sujets (cf. chapitre « Personnalités pathologiques »).

• **Névrose obsessionnelle :**

- À la différence des névroses hystériques et phobiques, la régression, dans la névrose obsessionnelle se fait au stade sadique-anal. Le Surmoi lutte contre de telles représentations inacceptables (scènes sadiques, perverses, coprophiliques) par des formations réactionnelles, l'isolation et l'annulation.
- Pour Freud, la névrose obsessionnelle est caractéristique par :
 - ses mécanismes de défenses : primaires (formations réactionnelles, déplacement, isolation) et secondaires (annulation, rituels, conjurations, doutes, vérifications, érotisation de la pensée);
 - sa régression pulsionnelle au stade sadique-anal;
 - sa relation ambivalente aux objets;
 - la prohibition du contact avec l'objet de désir.

MÉCANISMES DE DÉFENSE DANS LES NÉVROSES		
• Phobiques Déplacement Symbolisation Projection Identification	• Hystériques Conversion Symbolisation Condensation Annulation	• Obsessionnelles Déplacement Isolation Formation réactionnelle

4.2. Théories biologiques des troubles névrotiques et anxieux

Depuis l'origine du concept de névrose, la question d'un facteur constitutionnel prédisposant a toujours été posée, y compris par les psychanalystes. Lagache, par exemple, rappelle :

« Que tous les individus se montrent inégalement sensibles aux effets de la frustration ou de l'excitation excessive, que leur système nerveux organo-végétatif se montre inégalement excitable ou fragile, que les besoins génitaux ou les réponses agressives sont de force très variable; tous ces facteurs corporels sont d'autre part influencés par les vicissitudes de l'histoire individuelle. »

De nombreux travaux sur l'hérédité des névroses ne permettent pas de conclure de façon formelle. Les travaux des neurosciences semblent être prometteurs, en particulier les travaux sur les crises d'anxiété.

En résumé, il paraît raisonnable de penser qu'une constitution biologique particulière puisse infléchir le développement de la personnalité, ainsi que ses mécanismes de défense, dans un sens plus spécifiquement névrotique. En revanche, l'articulation des facteurs biologiques avec les données psychologiques susceptibles de favoriser l'éclosion d'un trouble névrotique, reste de nos jours une grande énigme.

4.3. Facteurs environnementaux

Le rôle des interactions entre le sujet et son milieu a toujours été souligné par les auteurs d'inspiration analytique ou organogénétique. Les théories socio-génétiques rendent responsables de la névrose les seules pressions culturelles, sociales, politiques ou familiales.

Ainsi, un contexte social difficile (nuisance de l'habitat, condition de travail précaire, conflits familiaux, désintégration du noyau communautaire ou familial secondaire à l'immigration) rend-il plus probable une décompensation névrotique.

Le rôle des interactions précoces du bébé avec le milieu maternel paraît essentiel tant pour le développement psychologique du bébé que pour la richesse de son équipement neuronal en plein développement (création des connexions interneuronales).

Le terme interaction souligne l'action réciproque et complémentaire [et inversement] des deux protagonistes.

5. ORGANISATIONS NÉVROTQUES STABLES

5.1. Névrose d'angoisse

« L'angoisse est définie par l'ensemble des troubles physiques qui concourent à donner à l'anxieux l'impression qu'il est serré dans un étou, étranglé, tordu, aux portes mêmes de la mort. »

H. Ey, « Leçon inédite », Mars 1941

5.1.1. Définition, historique :

NÉVROSE D'ANGOISSE

- La névrose d'angoisse associe :
 - . un fond anxieux chronique intercritique (entre les crises d'angoisses);
 - . des crises d'angoisse paroxystiques, survenant sans facteurs déclenchants spécifiques;
 - . l'absence de symptômes phobiques, hystériques ou obsessionnels prévalents.

La névrose d'angoisse atteint plus fréquemment les femmes. Elle apparaît dès la fin de l'adolescence et évolue le plus souvent vers d'autres névroses plus structurées.

En 1895, Freud autonomise les états anxieux des « neurasthénies » de Bénédict. Il isole clairement les différents aspects cliniques de la névrose d'angoisse : (1) excitabilité générale, (2) attente anxieuse ou anxiété chronique, (3) et accès d'angoisse. Pour Freud, il existe un lien reliant l'attente anxieuse de la crise et la survenue de la crise elle-même.

Récemment remise en cause par l'école américaine (DSM IV), la névrose d'angoisse a été séparée en plusieurs catégories : les troubles anxieux généralisés (TAG) et les troubles paniques (TP) avec ou sans agoraphobie.

Le TAG est surtout défini par un critère de durée : « état dans lesquels il existe une anxiété évoluant depuis au moins un mois, en l'absence de symptômes spécifiques de l'un des autres troubles anxieux ».

Le TP correspond à une crise d'angoisse classique (attaque de panique pour le DSM IV) associée à :

- 1) un critère de durée : « une crise ayant entraînée une anxiété anticipatoire d'au moins un mois, ou au moins quatre crises en un mois »;
- 2) un critère d'exclusion : absence de troubles organiques associés.

Dans le DSM IV, les patients agoraphobes sont inclus dans le groupe des TP avec agoraphobie pour peu qu'ils aient présenté une seule crise d'angoisse dans leur vie.

5.1.2. Clinique de la névrose d'angoisse :

« Help, I need somebody... »

The Beatles

• Crise d'angoisse (attaque de panique pour le DSM IV) :

— Début :

Le début est brutal, secondaire ou non à un événement non spécifique. On retrouve rarement une symptomatologie prodromique (appréhension progressivement croissante d'une crise à venir, amplification des symptômes permanents intercritiques).

« On constate tous les degrés, depuis l'angoisse terrifiante sans contenu qui mène au trouble de la conscience et à des actes de violence commis au mépris de soi-même et de son prochain, jusqu'à la crainte légère éprouvée comme étrangère et incompréhensible. »

K. Jaspers, « Psychopathologie générale »

— État (Tab.) :

La crise d'angoisse associe de façon variable une triple symptomatologie : somatique, psychique et psychosensorielle.

La crise d'angoisse n'est pas seulement un bouleversement affectif, mais aussi un bouleversement organique.

• Les manifestations somatiques dominent le plus souvent la crise d'angoisse.

Leur présence doit faire éliminer avant tout un diagnostic d'urgence médicale. Elles sont résumées dans le tableau ci-dessous. Les symptômes respiratoires sont les plus fréquents.

Le retentissement somatique entraîne une élocution heurtée ou scandée, une attitude crispée, trémulante, agitée ou stuporeuse (sidération anxieuse).

Les manifestations psychiques sont représentées par la peur d'un danger imaginaire.

Le terme de panique est amplement justifié car cette peur est intense, insupportable, extrême : peur de devenir fou, de mourir, d'avoir une maladie grave (infarctus du myocarde, asthme, hémorragie cérébrale, cancer, tumeur cérébrale, etc.) ou de ne pouvoir être secouru. Parfois, la peur est déclenchée par tout objet, toute personne, tout événement : pantophobie.

Cette sensation subjective de peur est amplifiée par les manifestations somatiques concomitantes. Par exemple, la peur de mourir est renforcée par la perception des palpitations qui elles-mêmes renforcent la peur d'un trouble cardiaque qui, à son tour augmente l'angoisse, etc.

La peur de devenir fou est majorée, par exemple, par les sentiments de dépersonnalisation, de déréalisation (cf. ci-dessous).

Parfois, le sujet a peur de perdre le contrôle de lui-même et de commettre un acte dangereux : se jeter par la fenêtre, s'ouvrir la gorge pour respirer, perdre le contrôle de son véhicule, etc.

• Les manifestations psychosensorielles majorent l'angoisse du sujet par la présence d'un syndrome de dépersonnalisation, de déréalisation.

Parfois, les perceptions sensorielles du sujet sont déformées comme pourrait le faire une crise d'épilepsie partielle (modification de l'intensité lumineuse, de la vision, de l'audition, des distances).

La similitude avec les crises partielles se retrouve aussi dans la symptomatologie de trouble de la conscience quelquefois présente : diminution de la vigilance, arrêt ou accélération du cours de la pensée.

Ainsi, lorsque les manifestations psychosensorielles prédominent, il est important d'éliminer une épilepsie temporale, pathologie avec laquelle ces manifestations présentent des analogies non encore élucidées.

Les conséquences comportementales de cette triple symptomatologie anxieuse sont le plus souvent discrètes, d'autant plus qu'elles sont souvent dissimulées par le sujet : inhibition, suspension de toute activité, fuite anticipatoire.

Parfois, les manifestations sont spectaculaires : agitation, cris, affolement, raptus suicidaire à l'acmé de la crise.

— Fin :

L'accès dure de quelques minutes à quelques heures. La fin est marquée par une impression de fatigue ou de soulagement. Parfois le sujet présente une débâcle polyurique ou diarrhéique. La fin peut être difficile à préciser lorsqu'il existe une anxiété chronique sous-jacente qui prend le relais. L'intervention thérapeutique permet de raccourcir, voire d'empêcher la crise d'angoisse.

• **Anxiété intercritique (anxiété chronique) :**

- *Hoy hoy hoy hoy ! je vous l'avais bien dit que ça allait arriver.*
- *Mais maman, rien n'est arrivé !*
- *Justement, c'est pire !*

L'anxiété chronique s'exprime par « la peur de la peur », par des sentiments d'insécurité et des manifestations somatiques d'angoisse a minima.

ANXIÉTÉ INTERCRITIQUE

- Dans l'anxiété intercritique, on observe plusieurs types de symptômes :
 - . attente anxieuse d'une crise d'angoisse (anxiété anticipatoire);
 - . rumination pessimiste, dramatisation intempestive, anticipation de tous les malheurs du monde à venir pour la patient et ses proches;
 - . hyperesthésie sensorielle (intolérance aux bruits, réaction de sursaut);
 - . tension motrice, état d'hypervigilance;
 - . troubles neurovégétatifs (tachycardie, sécheresse de la bouche, nausées, pollakiurie, crises vasomotrices ou sudorales);
 - . troubles du sommeil (insomnie d'endormissement), troubles sexuels.

CRISE D'ANGOISSE : SIGNES CLINIQUES

• **Manifestations somatiques**

- Symptômes cardio-vasculaires :
 - . tachycardie, palpitations
 - . précordialgies
 - . oppression thoracique
 - . troubles vasomoteurs de la face et des extrémités
- Symptômes respiratoires :
 - . sensation d'étouffement, de manque d'air
 - . tachypnée
- Symptômes neurologiques :
 - . céphalées
 - . vertiges, étourdissement
 - . sensation d'évanouissement
 - . paresthésies
 - . hyperreflexie ostéotendineuse
- Symptômes musculaires :
 - . tremblement
 - . secousses musculaires
- Symptômes neurovégétatifs :
 - . sueurs
 - . vomissement
 - . spasme pharyngé
 - . sensation de faim ou de soif paroxystique
 - . disparition du sommeil
- Symptômes digestifs, urinaires :
 - . nausées, hoquet
 - . douleurs abdominales, diarrhée
 - . pollakiurie

• **Manifestations psychiques**

- Peur :
 - . de devenir fou
 - . de mourir
 - . d'une maladie grave
 - . de ne pouvoir être secouru
 - . de commettre un acte dangereux
- **Manifestations psychosensorielles**
 - Syndrome de dépersonnalisation
 - Distorsion des perceptions sensorielles
 - Trouble de la conscience

Les répercussions de ce type d'anxiété (Encadré) sur la vie familiale, les activités professionnelles sont variables d'un patient à l'autre. La qualité de l'entourage, sa valeur protectrice et rassurante, est essentielle pour un bon pronostic.

• **Formes cliniques : les équivalents anxieux**

Les formes cliniques sont représentées par un symptôme psychique, somatique ou psycho-sensoriel isolé résumant à lui seul la symptomatologie anxieuse paroxystique.

Les équivalents anxieux sont plus fréquents que la crise typique généralisée.

— **Équivalents somatiques :**

Ils doivent faire davantage redouter une organicité (urgence médicale cardiaque, endocrinienne, neurologique ou chirurgicale) : douleur thoracique, angoisse constrictive précordiale, palpitations, gêne respiratoire, crise dyspnéiforme, douleur abdominale, ténésme vésical, crises toniques pseudo-tétaniques, tremblement, etc.

— **Équivalents psychosensoriels :**

Ils doivent faire éliminer une épilepsie temporale.

5.1.3. Diagnostic positif :

Le diagnostic positif de névrose d'angoisse se fonde sur l'association d'un fond d'anxiété chronique et de crises d'angoisse paroxystique survenant en l'absence d'un facteur déclenchant spécifiquement récurrent.

On ne retrouve pas d'organisation spécifique de la personnalité.

5.1.4. Diagnostic différentiel :

Devant une crise d'angoisse isolée, il est essentiel d'éliminer une crise d'angoisse secondaire à une pathologie médicale, chirurgicale ou une pathologie psychiatrique justifiant une hospitalisation.

• **Affections organiques :**

Avant d'affirmer l'existence d'une crise d'angoisse d'origine psychogène, il faut éliminer à l'aide d'un bilan clinique et paraclinique, une urgence somatique.

BILAN CLINIQUE ET PARACLINIQUE DEVANT UNE CRISE D'ANGOISSE

On évoque systématiquement :

- Une urgence médicale : confusion mentale, hypoglycémie, phéochromocytome, hyperparathyroïdie, hyperthyroïdie, infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, trouble du rythme, colique néphrétique, etc.
- Une prise de toxique : amphétamine, cannabis, LSD, caféine.
- Un sevrage : alcool, opiacé, barbiturique, valium.
- Une urgence chirurgicale : neurologique, abdominale, vasculaire.

• **Affections psychiatriques :**

Parmi les affections psychiatriques pouvant présenter une angoisse au premier plan, il est important de rechercher avant tout une affection nécessitant une hospitalisation en urgence :

- **Mélancolie anxieuse** : en sa faveur on retrouve l'âge (> 35 ans), l'association à une thématique dépressive et/ou mélancolique, la variation du tableau dans la journée (asthénie matinale, amélioration vespérale), les antécédents personnels ou familiaux thymiques.
- **Schizophrénie** (paranoïde, pseudo-névrotique) : en sa faveur plaide l'intensité de l'angoisse de dépersonnalisation associée au syndrome dissociatif, l'existence d'un délire, la présence de signes catatoniques, l'histoire évolutive des troubles.
- **Bouffée délirante aiguë** : il est relativement facile d'attribuer l'angoisse à la thématique délirante ou aux hallucinations.

5.1.5. Évolution de la névrose d'angoisse :

- L'évolution est grandement influencée par les événements de la vie (période de surmenage, perte d'un être cher, séparation, maladie organique, promotion, compétition professionnelle, etc.).
- On observe ainsi des périodes de rémission et d'exacerbation des crises d'angoisse.
- L'un des principaux problèmes évolutifs vient des moyens qu'utilisent certains patients pour lutter contre l'angoisse : appétence polymédicamenteuse, abus d'alcool (alcoolisme secondaire), abus d'anxiolytiques.
- D'autres complications sont à redouter :
 - dépression : la plus fréquente des complications;
 - conduite suicidaire;
 - névroses plus structurées (hystérique, hypochondriaque, obsessionnelle, phobique);
 - maladies psychosomatiques (ulcère gastroduodénal, HTA, asthme, insuffisance coronarienne, etc.).
- Sur le plan social, une désinsertion professionnelle est toujours à craindre.

5.1.6. Traitement :

- Le traitement de la névrose d'angoisse n'est pas facile à systématiser en raison des difficultés nosologiques actuelles.
- En dehors du traitement de la crise d'angoisse, qui nécessite une prise en charge bien codifiée (cf. chapitre : conduites à tenir), on peut séparer approximativement deux situations thérapeutiques :
 - les crises d'angoisse sont récurrentes, fréquentes, spontanées. L'anxiété anticipatoire domine le tableau clinique intercritique : le traitement correspond au traitement du trouble panique du DSM IV (cf. infra);
 - les crises d'angoisse sont plus rares, la symptomatologie d'anxiété chronique est permanente et domine le tableau clinique : le traitement correspond au traitement du trouble anxieux généralisé du DSM IV.

• Crise d'angoisse aiguë isolée :

Cf. chapitre : conduites à tenir.

• Crises d'angoisse récurrentes, trouble panique :

Le traitement est principalement ambulatoire.

— Chimiothérapie :

- La chimiothérapie a une durée de six à douze mois. Par la suite, elle est progressivement diminuée jusqu'à son arrêt, sauf en cas de rechutes.
- Avant de l'instaurer, on vérifie l'absence de contre-indications.
- La chimiothérapie est mise en route progressivement, en faisant plusieurs paliers d'une semaine environ, afin de pouvoir juger de l'efficacité thérapeutique.
- Elle agit sur la prévention et la récurrence des crises d'angoisse aiguë.
- On utilise :
 - soit un antidépresseur : clomipramine (ANAFRANIL®) : atteinte progressive en 3 prises journalières, puis en une prise vespérale de 50 mg à 300 mg/j. L'efficacité est maximale à partir de 2 à 3 mois (70 à 90% des cas),
 - soit une benzodiazépine : alprazolam (XANAX®) : 2 à 10 mg/j.
- On note aussi l'efficacité des IMAO, de la fluoxétine (PROZAC®), du citalopram (SÉROPRAM®), de la paroxétine (DEROXAT®), de la désipramine (PERTOFRAN®), d'imipramine (TOFRANYL®) et de l'amitriptyline (LAROXYL®).
- L'association d'un antidépresseur et d'une benzodiazépine est justifiée lorsqu'une action rapide sur l'angoisse est nécessaire.

— Thérapie cognitive-comportementale :

- Les méthodes employées associent plusieurs techniques :
 - l'hyperventilation provoquée,
 - les techniques de restructuration cognitive.

— Psychothérapie :

Une psychothérapie analytique ou d'inspiration analytique est proposée dès lors que le sujet présente une organisation névrotique de sa personnalité susceptible d'être mieux aménagée, ainsi que dans les formes chroniques.

— Anxiété chronique, trouble anxieux généralisé :

En dehors des complications évolutives, le traitement est ambulatoire.

En raison de la prise en charge longue et durable, l'aspect psychothérapeutique doit être préféré à l'aspect chimiothérapeutique.

• Règles hygiéno-diététiques :

Elles sont prescrites systématiquement :

- arrêt des excitants : thé, café, tabac, alcool,
- pratique de sports,
- relaxation : Bio-feed back, training autogène de Schultz,
- cure en station climatique, hydrothérapie.

• Chimiothérapie :

Si un traitement au-delà de 1 à 2 mois s'impose, un relai par un antidépresseur est effectué.

- Tranquillisants : la mise en route se fait à doses progressives. On peut prescrire :

- * une benzodiazépine à 1/2 vie intermédiaire : LEXOMIL® 1/4 cp matin et midi, 1/2 cp le soir,
- * une benzodiazépine à type 1/2 vie longue : LYSANXIA® 10 mg : 1 cp matin et midi, 2 cp le soir, puis 1 cp le soir à 40 mg,
- * du méprobamate (ÉQUANIL®),
- * de l'hydroxyzine (ATARAX®).

- Bêta-bloquants : ils sont surtout prescrits pour atténuer l'expression périphérique de l'angoisse. En particulier si le sujet présente une hyperactivité au stress entraînant un handicap professionnel.

- * propranolol : AVLOCARDYL® Retard 160 mg : 1 cp le soir.

- Antidépresseurs : ils sont parfois prescrits, surtout en cas d'attaques de panique fréquentes, d'agoraphobie secondaire ou échec d'un traitement par tranquillisants.

- Neuroleptiques sédatifs : à faibles doses, ils sont prescrits uniquement en cas d'échec des tranquillisants (NOZINAN®, MELLERIL®).

• Psychothérapie :

- L'aide psychothérapeutique est essentielle dans le cadre de la névrose d'angoisse chronique.

- Pour le praticien avant tout, psychothérapie de soutien :

- écoute du patient,
- attitude directive, souple,
- réassurance, suggestions.

- Psychothérapie d'inspiration psychanalytique.

- Psychanalyse.

• Thérapie cognitive.

5.2. Névrose phobique

5.2.1. Historique, définition :

- Sur le plan étymologique, la phobie vient du grec « phobos » qui veut dire « crainte soudaine, effroi ». La peur, dans la phobie, est une peur irréfléchie, non rationnelle. Une situation dite « phobogène » ne présente pas de caractère objectivement dangereux.
- Le DSM IV résume cette approche théorique en faisant disparaître les névroses phobiques et les névroses d'angoisse au profit des « troubles anxieux » comprenant :
 - le trouble panique avec ou sans agoraphobie;
 - l'agoraphobie sans trouble panique;
 - la phobie sociale;

- la phobie simple;
- le trouble obsessionnel compulsif;
- l'état de stress post-traumatique, état de stress aigu;
- le trouble anxieux généralisé.

5.2.2. Clinique :

Les études épidémiologiques confirment une nette prévalence féminine des névroses phobiques, en particulier de la forme agoraphobique : 2/3 des cas sont des femmes.

Parmi les névroses phobiques, l'agoraphobie est la phobie la plus fréquente, ensuite viennent la phobie sociale, puis les phobies simples.

A la différence de l'agoraphobie, la phobie sociale touche autant les hommes que les femmes.

• Phobies typiques :

— Caractéristiques générales d'un symptôme phobique :

CARACTÉRISTIQUES D'UN SYMPTÔME PHOBIQUE TYPIQUE

- Crises d'angoisse uniquement suscitées par la présence réelle d'un objet ou d'une situation ne présentant pas de caractère objectivement dangereux.
- Conscience du caractère morbide du trouble.
- Présence de conduites visant à éviter l'angoisse :
 - conduite d'évitement de l'objet ou de la situation phobogène;
 - conduite de réassurance à l'aide de personnes ou d'objets « contra-phobiques » qui permettent, en leur présence, d'affronter la situation phobique sans angoisse;
 - conduite de fuite en avant, donnant lieu à un affrontement délibéré du danger redouté, à une attitude de bravade, de défi.

Ces caractéristiques sont communes à toutes les phobies d'origine névrotique : agoraphobie, phobies sociales, phobies simples.

Les symptômes phobiques s'observent aussi en dehors des névroses phobiques : dans les autres pathologies névrotiques et certaines pathologies non névrotiques : psychoses, accès mélancoliques, prises de toxiques, d'alcool.

— Agoraphobie :

- L'agoraphobie débute entre 16 et 35 ans, elle prédomine chez la femme.
- Certains facteurs, comme l'existence d'une forte angoisse de séparation pendant l'enfance ou de terreurs nocturnes, prédisposeraient à son apparition.
- On retrouve parfois des facteurs précipitants, dans l'année précédant l'écllosion du trouble :
 - une rupture sentimentale, une séparation,
 - une maladie ou la perte d'un proche, un accident, une affection médicale ou chirurgicale personnelle.

AGORAPHOBIE

- L'agoraphobie est définie par une phobie dans des situations précises :
 - départ du domicile;
 - rue, lieu élevé;
 - lieux publics, centres commerciaux, cinéma, théâtre, etc.
 - transports en commun.

- On retrouve, dans certaines agoraphobies, des phobies sociales (cf. ci-dessous) : peur de parler en public, peur de rougir ou d'écrire en public ou des phobies simples.
- Des symptômes non phobiques sont souvent observés conjointement : crises d'angoisse de survenue spontanée, périodes dépressives, syndrome de dépersonnalisation, symptômes obsessionnels (rituels).

- L'intensité des phobies, et des conduites d'évitement en résultant, est très variable pour un même sujet au cours du temps. Le caractère partiel de certaines agoraphobies peut conduire le patient à s'installer systématiquement près d'une sortie dans une salle de conférence, de cinéma ou de théâtre.
- L'évolution de l'agoraphobie est marquée par des périodes de rémission, entrecoupées de crises d'angoisse de survenue parfois spontanée.

— Phobies sociales :

« Quand on décide que « la meilleure solution possible » est d'éviter, on se retrouve dans un cercle vicieux qui ne manque pas d'intérêt. »

P. Watzlawick, « Le langage du changement »

La phobie sociale atteint de préférence les hommes, surtout célibataires. L'âge d'apparition est précoce (15 à 21 ans). La demande d'aide est tardive : après 7 à 20 ans d'évolution du trouble.

La phobie sociale est définie par la peur de se retrouver dans une situation où l'on se trouve exposé à l'attention particulière d'autrui et la peur d'agir, en conséquence, de façon humiliante ou embarrassante.

PHOBIES SOCIALES

- On regroupe dans les phobies sociales la peur, en public :
 - de parler ou écrire;
 - de répondre à des questions;
 - de passer des examens;
 - d'utiliser des toilettes publiques;
 - de manger, vomir ou ne plus avaler;
 - de transpirer;
 - de trembler, rougir (érythrophobie).

Le sujet redoute toute situation où il risque d'être soumis à la critique. Son autodépréciation spontanée est constante : « pourquoi parlerai-je, je ne vaudrais pas grand chose, vas-y toi ».

Les phobies sociales entraînent tout un ensemble de stratégies d'évitement des situations redoutées et, à l'extrême, une agoraphobie importante.

Par exemple, la peur de rougir ou de transpirer devant un individu qui lui fait face, va entraîner une conduite d'évitement des transports en commun.

L'évolution de cette phobie est plus continue que l'agoraphobie, les rémissions sont plus rares, le handicap social plus important.

Les mêmes complications sont à craindre. Les tentatives de suicide seraient plus fréquentes dans la phobie sociale que dans l'agoraphobie.

— Phobies simples :

La phobie simple est la peur isolée d'une seule situation ou d'un seul objet très spécifique, à l'exclusion de la peur d'avoir une crise d'angoisse et de la peur des situations sociales (phobie sociale).

PHOBIES SIMPLES

- Les phobies simples regroupent la peur isolée :
 - du sang, des soins dentaires, de certains actes médicaux;
 - des animaux;
 - des hauteurs, des espaces clos;
 - des voyages en avion, en bateau;
 - de l'ocage;
 - d'objets inanimés (couteaux, fourchettes, etc.).

Les phobies simples ne sont pas accompagnées de crise d'angoisse de survenue spontanée, d'état anxieux permanent ou de pensées obsessionnelles.

Les phobies simples les plus fréquentes sont les phobies d'animaux.

Rappelons que certaines phobies simples appartiennent au processus normal de maturation (phobie du noir entre 6 mois et 2 ans, phobie des gros animaux vers 3 ans, des petits animaux vers 4 ans). Après l'adolescence, aucune phobie ne devrait subsister. Les phobies simples débutent entre 8 et 11 ans.

Lorsque le sujet demande des soins, la phobie a au moins 10 ans d'évolution.

La peur du sang, puis la peur des soins dentaires sont les deux autres phobies simples les plus fréquentes. La phobie du sang peut avoir un retentissement gravissime, lorsqu'elle entraîne le sujet à refuser toute transfusion.

5.2.3. Diagnostic positif :

Le diagnostic de névrose phobique nécessite la présence d'une symptomatologie phobique typique stable, durable, gênante et prévalente.

5.2.4. Diagnostic différentiel de la névrose phobique :

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA NÉVROSE PHOBIQUE

- Du symptôme :
 - . Phobies d'impulsion :
 - névrose obsessionnelle,
 - dépression mélancolique.
 - . Nasophobie :
 - névrose d'angoisse,
 - névrose obsessionnelle,
 - dépression mélancolique,
 - hypochondrie névrotique, délirante.
- De la névrose :
 - . névrose obsessionnelle, hystérique;
 - . dépression anxieuse;
 - . schizophrénie pseudo-névrotique;
 - . psychosyndrome organique.

5.2.5. Évolution des névroses phobiques :

La survenue de périodes dépressives, de conduites addictives alcooliques ou médicamenteuses est toujours à craindre dans l'évolution des phobies.

L'alcoolisme est une automédication fréquente contre l'angoisse, en particulier dans l'agoraphobie et les phobies sociales. L'alcoolisme est alors secondaire aux troubles phobiques, son traitement passe d'abord par celui de la phobie.

Le retentissement social, professionnel, affectif des névroses phobiques peut entraver gravement la vie du sujet. L'importance de ces phobies va conduire le sujet à restreindre peu à peu le champ de ses activités et de ses intérêts. Le retentissement relationnel, par le biais des personnes contra-phobiques, peut entraîner un rejet progressif du patient. Cette relation de dépendance à l'autre entraîne parfois des discordes dans le couple.

5.2.6. Traitement des conduites phobiques :

• Phobies simples, localisées et stables :

— Thérapies cognitivo-comportementales :

Employées surtout pour l'agoraphobie, la phobie sociale ou la phobie simple gênante. Plusieurs techniques sont utilisées.

• **Désensibilisation systématique :**

- Elle est pratiquée chez le sujet qui ne peut pas éviter totalement la situation phobogène. Le rythme est de une à deux séances par semaine.
- Le patient et le thérapeute établissent une liste hiérarchique des phobies. Le sujet imagine au cabinet du médecin les situations phobogènes selon une progression préétablie et apprend en même temps à se relaxer en y pensant sur un mode fictif.
- Par la suite, le patient se déplace « dans la réalité » pour maîtriser progressivement les situations phobogènes.

• **Désensibilisation « in vivo »**

- En dehors de l'évocation par la pensée de la situation redoutée, il s'agit de la même progression (relaxation, puis apprentissage progressif « in vivo ») que dans la désensibilisation systématique.

• **Exposition progressive « in vivo »**

- Dans cette technique, le patient est confronté progressivement aux stimuli dans la réalité.

• **Technique d'immersion : « flooding »**

- Le thérapeute apprend au patient à supporter, en sa présence, la confrontation à la situation phobogène maximum.
- Le stimulus peut être :
 - imaginé par le sujet : flooding en imagination;
 - d'emblée dans la réalité : flooding « in vivo ».
- Cette technique est surtout utilisée pour les phobies simples.

• **Autres techniques :**

- On utilise, pour les phobies sociales, des techniques d'affirmation de soi ou des techniques d'imitation de modèles.

• **Phobies plus diffuses, sévères :**

— **Psychothérapie :**

- La psychanalyse ou la psychothérapie d'inspiration analytique trouvent, dans la névrose phobique, l'une de leurs meilleures indications, même dans les pathologies vues tardivement (à la différence de la névrose obsessionnelle).
- La psychothérapie est parfois précédée d'une thérapie comportementale; elle peut aussi être faite parallèlement à la chimiothérapie.

— **Chimiothérapie :**

- Les règles de prescription sont proches de celles de la névrose d'angoisse.
- Les médicaments sont particulièrement indiqués en cas de crises d'angoisse fréquentes, invalidantes, qui ont un retentissement affectif, social ou professionnel important.
- On utilise :
 - un anxiolytique (cf. névrose d'angoisse : trouble panique),
 - ou un antidépresseur (cf. névrose d'angoisse : trouble panique).
- Les phobies sociales sont plus particulièrement sensibles aux IMAO.
- L'action contre la névrose phobique des antidépresseurs est totalement indépendante de leur action antidépressive. Le délai d'efficacité des antidépresseurs est estimé entre six à huit semaines.
- La durée du traitement, en particulier dans les phobies anciennes, sévères, chroniques, est d'un an au moins. L'arrêt de la chimiothérapie est progressive et fonction de l'apparition de rechutes.
- Lorsque la phobie sociale est stable et prévisible (acteurs, concertistes, prestidigitateurs, jongleurs, etc.), le propranolol (AVLOCARDYL® 10 : 1 cp) est pris une heure avant la situation redoutée.

— **Thérapie cognitivo-comportementale :**

Dans ce cadre, les thérapies cognitivo-comportementales sont proposées dans un deuxième temps, lorsque la symptomatologie anxieuse est moins invalidante.

5.3. Névrose hystérique

5.3.1. Historique, définitions :

La névrose hystérique est l'une des pathologies qui a suscité la plus de controverses et de remises en cause aussi bien dans le domaine médical que psychiatrique. Il est dans la nature de l'hystérie d'échapper aux théories, aux classifications figées, au savoir médical, aux soins. Tout en ayant donné ses lettres de noblesse à la psychanalyse, celle-ci se trouve bien souvent mise en échec par elle.

L'un des mérites de Freud est d'avoir décelé l'origine inconsciente du conflit ayant donné naissance au symptôme hystérique. Les troubles sexuels de l'hystérique ne sont que les conséquences de sa personnalité. Grâce à l'analyse du discours de l'hystérique, il formule les principaux concepts de la psychanalyse : notion de conflits, refoulement, identification, transfert, bisexualité psychique, etc.

HYSTÉRIE

- Sur le plan clinique, l'hystérie est définie par l'association à divers degrés :
 - . de symptômes de conversion : symptômes d'apparence organique, le plus souvent neurologiques ou touchant des organes de la vie de relation;
 - . de symptômes de « dissociation hystérique » : amnésie, fugue, dépersonnalisation...
 - . de manifestations d'allure dépressive ou délirante;
 - . de traits de personnalité histrionique ou passive-dépendante;
 - . de bénéfices secondaires;
 - . d'une relation au médecin particulière : revendication ou soumission.

5.3.2. Clinique :

On distingue deux types de symptômes hystériques : les symptômes somatiques dits « de conversion » et les symptômes d'expression psychique.

SYMPTÔMES HYSTÉRIQUES

Symptômes de conversion hystérique

- Manifestations aiguës :
 - . crises d'agitation, « spasmodie », lipothymies
 - . crises d'allure convulsive
 - . crises extra-pyramidales
 - . accès léthargiques, catatoniques
- Manifestations durables :
 - . troubles de la motricité
 - . troubles de la sensibilité
 - . troubles sensoriels
 - . troubles neurovégétatifs

Symptômes d'expression psychique

- Manifestations « dissociatives » :
 - . amnésies psychogènes
 - . fugues amnésiques
 - . dépersonnalisation
 - . inhibition intellectuelle
 - . états aépustulaires
 - . états somnambuliques
 - . états seconds
- Affections mentales :
 - . pseudo-dépression
 - . pseudo-délire
 - . pseudo-démence

• Caractéristiques communes des symptômes hystériques :

Les manifestations hystériques peuvent prendre l'allure de n'importe quelle pathologie somatique ou psychique susceptible d'avoir une signification symbolique pour le sujet.

Au niveau somatique, les organes, sous la dépendance du système nerveux végétatif, peuvent être aussi atteints par la conversion hystérique.

L'attitude du sujet par rapport à son symptôme est très évocatrice : « belle indifférence » en contraste avec une dramatisation de l'entourage du sujet. L'hystérique s'arrange alors pour faire agir les autres à sa place.

CARACTÉRISTIQUES COMMUNES AUX SYMPTÔMES HYSTÉRIQUES

- Les bénéfices primaires : annulation ou baisse de la tension anxieuse due au conflit inconscient, « belle indifférence » aux troubles.
- Les bénéfices secondaires sur l'entourage ou par rapport à la société.
- La variabilité de l'évolutivité du symptôme : accessible à la suggestion, à l'hypnose, à la narco-analyse, modification selon l'environnement, tendance mimétique.
- La réversibilité du symptôme, même s'il évolue de façon chronique, il est potentiellement réversible.
- L'absence de simulation, le trouble n'est pas sous le contrôle volontaire du sujet.
- L'absence de tout support organique sous-jacent, le trouble ne répond à aucune systématisation neuro-anatomique.

• Symptômes de conversion hystérique :

— Manifestations aiguës :

On regroupe sous ce terme :

- **Les crises d'agitation psychomotrice**, « crises de nerfs ». La décharge émotionnelle théâtrale de ces crises est caractéristique.
- **Les crises de « spasmophilie » ou tétaniformes**. L'hyperventilation de ces crises aggrave la majorité des symptômes par son propre effet pathogène.
- **Les crises syncopales, hypothyroïdiques** : le sujet pâlit, exprime en quelques secondes son angoisse et s'effondre. En dehors d'une bradycardie, l'ECG est normal, la tension est basse.
- **Les crises d'allure convulsive** : on les différencie d'avec la crise d'épilepsie par :
 - 1) le déclenchement réactionnel, émotionnel ou situationnel (en présence d'un tiers);
 - 2) l'expressivité théâtrale et bizarre des mouvements;
 - 3) l'absence de perte de connaissance : un dialogue est souvent possible, une suggestion percritique aussi;
 - 4) l'absence de morsure de la langue, de perte d'urine, de cyanose, de convulsions réellement tonico-cloniques des 4 membres, de convulsions de la langue;
 - 5) l'absence de confusion post-critique, d'amnésie rétrograde;
 - 6) un EEG critique et intercritique normal.
- **Les crises extra-pyramidales** : accès de hoquets, de bâillements, d'éternuements, de crises de rires ou de pleurs incoercibles, de tremblements ou de mouvements choréiformes.
- **Les accès léthargiques d'allure comateuse**. A la différence des comas métaboliques ou neurologiques, l'occlusion des paupières est forcée.
- **Les accès cataleptiques**, rares, associent une suspension totale de l'activité motrice volontaire avec un état de contracture et de flexibilité cireuse des membres et du tronc. Leur durée est de quelques heures à quelques jours.

— Manifestations durables :

Les manifestations permanentes sont des atteintes fonctionnelles partielles ou totales des organes de la vie de relation (motricité, sensibilité, sensorialité, neuro-végétativité).

• Troubles de la motricité :

Les paralysies sont fréquentes. Elles ont, pour modèles, les représentations symboliques et populaires du fonctionnement corporel.

On distingue :

- **Les paralysies systématiques ou fonctionnelles** : atteinte d'un groupe de mouvements relevant de la même fonction. L'astase-abasie est l'exemple le plus fréquent d'une telle atteinte (impossibilité de se tenir debout et de marcher). Les troubles de la phonation (aphonie avec conservation de la voix chuchotée) sont aussi fréquents.
- **Les paralysies localisées d'un membre ou d'un segment de membre** (paralysie en manche de veste, en gigot, en manchette) : en plus de l'absence de systématisation neurologique, on ne retrouve pas de troubles de la réflexivité ou du tonus. A l'égard de telles paralysies, Freud parla de la « belle indifférence » du patient.

- **Les paralysies généralisées** : hémiplégies ou paraplégies. Elles se rencontrent fréquemment chez l'homme, dans la pathologie post-traumatique et dans les suites d'accidents du travail. Le caractère revendicatif sous-jacent de la personnalité hystérique s'exprime particulièrement dans un tel contexte.
- **Les contractures localisées ou généralisées d'un groupe musculaire fonctionnel** : crampes de l'écrivain, torticolis, plicature du tronc (camptocormie), crises oculogyres, grosseur nerveuse (catétiémophrénose, par contracture du diaphragme déclenchant un météorisme avec aménorrhée et gonflement mammaire). Les mouvements anormaux de tous types peuvent se rencontrer : mouvements choréiques, extra-pyramidaux, etc.

. Troubles de la sensibilité :

On observe des anesthésies, des hyperesthésies ou des algies :

- **les anesthésies** sont isolées ou associées aux paralysies (même topographie imaginaire non systématisable). Elles sont profondes (pharyngées, vaginales) ou superficielles (cutanées),
- **les hyperesthésies** sont localisées aux points « hystérogènes » de Charcot : points ovariens, sous-mammaires, sommet du vertex. Le contact avec de telles zones déclenche une émotion, une angoisse violente.

Les algies sont bien plus fréquentes que les paralysies (70% des symptômes de conversion).

Elles entraînent une impotence fonctionnelle disproportionnée : céphalées (en particulier sus-orbitaires), rachialgies, arthralgies, douleurs pelviennes ou abdominales, cystalgies, etc.

La nature hystérique de l'algie ne doit être évoquée qu'après un bilan organique négatif.

CARACTÉRISTIQUES DES ALGIES HYSTÉRIQUES

- Les algies hystériques présentent certaines caractéristiques qui aident au diagnostic :
 - . expression théâtrale du trouble;
 - . douleurs continues ne perturbant pas le sommeil;
 - . impotence fonctionnelle importante;
 - . contexte psychologique de sa survenue et de son maintien;
 - . résistance à tout traitement.

. Troubles sensoriels :

Les atteintes sensorielles affectent les organes :

- de la vision : brouillard visuel, cécité, diplopie (surtout monoculaire), amblyopie, scotome, en particulier avec rétrécissement concentrique circulaire du champ visuel,
- de l'audition : surdité de tout type, en particulier après des chocs émotifs massifs (hystérie de guerre),
- de l'olfaction : anosmie.

. Troubles neurovégétatifs :

Les manifestations végétatives sont représentées surtout par des spasmes des muscles lisses :

- spasmes digestifs : impossibilité d'avaler, dysphagie œsophagienne (globus hystéricus), nausées, vomissements incoercibles (en particulier les vomissements gravidiques au-delà du premier trimestre),
- spasmes coliques : « pseudo-occlusion », constipation, diarrhées,
- spasmes respiratoires : toux incoercible, dyspnée asthmatiforme, triche inspiratoire[?],
- spasmes des voies urinaires ou génitales : rétention d'urine, pollakiurie, dyspareunie, vaginisme.

Certains troubles vasomoteurs sont possibles, en particulier après un accident du travail ou de la circulation :

- crises d'urticaire, œdèmes de Quincke,
- spasmes vasculaires, cyanose, refroidissement des extrémités.

• Symptômes d'expression psychique :

— Manifestations « dissociatives » hystériques :

Le terme de « dissociation » est ici utilisé pour expliquer le clivage de la conscience où existe d'un côté la personnalité du sujet, et de l'autre un état de conscience altérée d'une façon transitoire ou durable.

Cette dissociation se différencie de la dissociation schizophrénique par le respect de la cohérence de la personnalité et des différentes instances affectives, comportementales et intellectuelles.

Par exemple, dans les états seconds ou dans les personnalités multiples, on observe un dédoublement de la personnalité, mais chaque personnalité est cohérente et bien organisée.

On rassemble sous ce terme les troubles mnésiques, les troubles de la conscience et les états d'inhibition intellectuelle.

— Troubles mnésiques psychogènes :

Ils sont représentés par des amnésies lacunaires ou sélectives, au cours desquelles le sujet oublie totalement une partie de son passé (amnésie de l'enfance, amnésie sélective des souvenirs douloureux) ou, plus gravement, son identité (amnésie d'identité, « voyageur sans bagage »).

Ces phénomènes surviennent souvent après une situation de conflit. Ils sont parfois accompagnés d'un sentiment de dépersonnalisation.

L'amnésie entraîne souvent un état d'errance de quelques semaines (fugues amnésiques). Très souvent le sujet compense les périodes d'amnésie par des illusions de mémoire et des fabulations à caractère parfois romanesque. L'apparente contradiction des différents éléments biographiques de l'hystérique reflète cette reconstruction du passé.

Dans les personnalités multiples (cf. « Personnalités pathologiques »), le sujet systématise pour chaque personnalité alternante, des souvenirs spécifiques auxquels il adapte son comportement.

— Troubles de la conscience :

Ils regroupent les états crépusculaires, somnambuliques et seconds.

Les **états crépusculaires** sont des états d'affaiblissement de la conscience où le sujet méconnaît la réalité dans une ambiance de dépersonnalisation, voire de déréalisation. Parfois, il y a production d'images aniroïdes, d'images hallucinatoires, qui font parler de « folies hystériques », ou de « délire non psychotique ».

Dans les **états somnambuliques**, le sujet va agir selon une scène imaginaire, ou reconstruite à partir d'un événement traumatique.

Les **états seconds** sont représentés par des états transitoires de transe (phénomène médiumnique, vaudou), d'extase mystique ou politique (secondaire, par exemple, à un endoctrinement dans des sectes ou des mouvements fanatiques). Le sujet dans cet état peut se livrer à des actes très précis, en dehors de tout trouble de la vigilance. Par la suite, le sujet peut critiquer son attitude qui apparaît, alors, en rupture avec sa personnalité.

— Affections mentales :

« Et comme le rêve aussi, le délire est acte, ..., parce qu'il est en même temps spectacle, comme venu d'ailleurs que soi, mais sans que manque d'y être acteur un sujet qui pourtant ne s'en reconnaît pas l'auteur. En cela le délire est hystérique. »

A. Jeanneau, « Les délires non psychotiques »

A différencier des authentiques dépressions dans l'hystérie, les « **pseudo-dépressions** » réalisent uniquement la symptomatologie psychique de la dépression sans les manifestations somatiques. On observe tristesse, pessimisme, asthénie et idées suicidaires, mais il manque le ralentissement psychomoteur, l'auto-accusation, les troubles du sommeil.

Les « **délires hystériques** » comportent une symptomatologie surtout anirique; les hallucinations sont à prédominance visuelle, hypnagogiques (à l'endormissement). Par rapport à ce phénomène, l'hystérique va ressentir de la peur, de l'amour, de l'extase : actrice ou spectatrice de son délire ? Après l'accès, la réalité est tout de suite correctement identifiée.

La « **pseudo-démence hystérique** » comporte une symptomatologie contradictoire et atypique :

- désorientation et amnésie avec une relative préservation de la vie quotidienne;
- réponses inappropriées aux ordres simples;
- importante suggestibilité, variabilité des performances;
- comportement détaché, attitude puérile, immature;
- syndrome de Ganser : réponses absurdes indiquant tout de même une certaine compréhension de la question posée.

La pseudo-démence survient souvent dans un contexte psychologique évocateur : événement vital bouleversant, deuil brutal, épisode « honteux » de la biographie.

5.3.3. Formes cliniques de l'hystérie :

• Forme monosymptomatique :

La forme monosymptomatique de l'hystérie est définie par l'atteinte d'une seule fonction physique, ou psychique, par le symptôme de conversion. Même si le symptôme change de nature lors des épisodes ultérieurs, il reste unique le plus souvent.

L'aspect que revêt la pathologie varie en fonction du sexe, du milieu, de la culture.

Les femmes ont plus volontiers des atteintes algiques (lombaires, gynécologiques), des crises syncopales ou vertigineuses, des crises « de nerfs », des crises vasomotrices, des manifestations « dissociatives ». La femme âgée hystérique présente plus souvent un tableau d'allure dépressive d'évolution chronique et rebelle aux thérapeutiques ou encore un tableau algique résistant.

Les hommes font plus volontiers des actes symptomatiques après lesquels se révèle l'hystérie : tentatives de suicide, crise d'agitation psychomotrice, accident du travail ou de la route.

Par la suite, d'une façon secondaire, le tableau clinique est dominé par des symptômes d'allure dépressive, des algies, des paralysies, etc.

L'alcoolisme ou les conduites toxicomaniaques sont aussi un recours classique de l'homme hystérique après de tels accidents. Certains auteurs parlent d'hystérie post-traumatique pour qualifier cette forme, particulièrement fréquente chez les hommes. Le terrain psychopathique prédisposerait à cette forme d'hystérie.

Après un début dans l'adolescence, ou peu après, l'évolution des formes monosymptomatiques est variable : résolution brutale du symptôme de conversion, évolution périodique ou encore chronique.

• Forme polysymptomatique : Maladie de Briquet

MALADIE DE BRIQUET

Individualisée en 1974 par l'École de Saint-Louis, la maladie de Briquet présente :

- Des plaintes somatiques multiples et d'évolution chronique.
- Un retentissement extrême au niveau :
 - . des soins médicaux ou chirurgicaux : surconsommation de médicaments, d'exams complémentaires, de consultations (« sas », urgences), d'hospitalisations, voire d'opérations chirurgicales inutiles lorsqu'un chirurgien se laisse abuser;
 - . général : handicap chronique sur tous les plans : affectif, familial, professionnel, social;
 - . psychiatrique : fréquence des épisodes dépressifs, des tentatives de suicide.

Cette forme est plus fréquente chez la femme : trois femmes pour un homme.

Les premières manifestations apparaissent vers 25 ans. Sur le plan du terrain, en dehors de la personnalité histrionique fréquemment retrouvée (deux tiers des cas), on observe aussi des traits psychopathiques.

L'évolution est chronique avec des phases d'exacerbation. Les rémissions spontanées sont rares.

La principale critique formulée à l'encontre de la maladie de Briquet est sa définition purement descriptive de symptômes hétérogènes, qui vont de l'hypocondrie aux pathomimies, et qui ont pour seul point commun l'excès de consultation médicale, paradoxe extrême pour des malades « qui n'ont rien ».

5.3.4. Diagnostic positif :

- Le diagnostic d'hystérie est porté devant un faisceau d'arguments :
 - . symptomatologie hystérique caractéristique;
 - . personnalité hystérique sous-jacente de type histrionique ou passive-dépendante;
 - . troubles de la sexualité en rapport avec la personnalité hystérique;
 - . relation de compréhension entre les troubles présentés et le contexte psychologique du sujet et de son entourage;

- relation particulière aux médecins, au « pouvoir médical », et à l'équipe soignante : attitude de séduction ou comportement indirectement agressif (oublis, égocentrisme, insistance sur les défauts ou les négligences de l'équipe soignante et des médecins). Cette attitude provoque des conflits au sein de l'équipe, une attitude de rejet agressive envers la patiente, voire des actes médicaux ou chirurgicaux inutiles « pour avoir la paix »;
- bilan somatique normal.
- **Un examen clinique complet et un strict bilan paraclinique limité uniquement aux diagnostics différentiels suffisent dans la plupart des cas à affirmer le diagnostic positif.**
- Parfois, une courte hospitalisation est nécessaire. Une débâcle d'examen complémentaires ne pourrait que nuire à la prise en charge en donnant au trouble un « cachet d'organicité ».

ARGUMENTS CLINIQUES POUR LE DIAGNOSTIC D'HYSTÉRIE

- Symptomatologie hystérique caractéristique.
- Personnalité hystérique sous-jacente de type histrionique ou passive-dépendante.
- Troubles de la sexualité en rapport avec la personnalité hystérique.
- Relation de compréhension entre les troubles présentés et le contexte psychologique.
- Relation particulière aux médecins, aux soins.
- Bilan somatique normal.

5.3.5. Diagnostic différentiel de l'hystérie :

Le diagnostic différentiel de l'hystérie repose sur l'élimination des pathologies ayant une symptomatologie fugace, protéiforme, récidivante, multiple :

• Pathologies organiques :

- Sclérose en plaques, tumeur cérébrale.
- Épilepsie temporale, dyskinésies neurologiques.
- Hypoglycémie, hypocalcémie.
- Connectivites, lupus érythémateux disséminé.
- Porphyrie aiguë intermittente.

• Symptômes hypocondriaques :

Dans les névroses hypocondriaques, l'affection, dont se croit atteint le sujet, n'est pas exprimée sur un mode théâtral ou avec une « belle indifférence ». L'hypocondriaque est revendiquant, voire agressif. On ne retrouve pas d'érotisation des rapports sociaux.

• Simulation :

Dans la simulation, le symptôme est sous le contrôle conscient du sujet, et il en use à des fins précises. Le but recherché par le sujet, à l'aide de son symptôme, est évident et immédiat : dédommagement, prétexte pour éviter une responsabilité ou un travail pénible. Toutefois, il faut connaître l'existence d'une simulation chez certains sujets hystériques.

• Pathologies psychiatriques :

- Bouffée délirante aiguë, schizophrénie pseudo-névrotique d'allure hystérique.
- Dépression : des symptômes d'allure hystérique peuvent exister dans les dépressions (astisie-abasie, aphonie...). En faveur de la dépression, on retient l'âge de survenue tardive des symptômes, la régression des signes sous traitement antidépresseur. Toutefois, la dépression peut être une complication évolutive de l'hystérie.
- Réactions névrotiques transitoires : une symptomatologie hystérique peut apparaître brutalement chez un sujet indemne de personnalité hystérique. Les symptômes sont réactionnels à un événement traumatique (perte d'un proche, deuil, pathologie de guerre, etc.).
- Syndrome démentiel : la recherche d'une étiologie organique est systématique.

5.3.6. Pronostic de la névrose hystérique :

« Il est des hommes qui sont prêts à beaucoup de prétendus sacrifices pour se garder à domicile une femme quasi-impotente, qu'il leur faut servir mais qui, à ce prix, ne leur réserve pas de surprise. Par exemple une vieille mère. Comme quoi on n'est jamais trompé que par soi-même. »

L. Israël, « Boiter n'est pas pêcher »

Le pronostic dépend, d'une façon considérable, de l'entourage, et de l'environnement du sujet.

Le cours de l'hystérie évolue en fonction des péripéties affectives et relationnelles de la patiente avec ses proches. Les frustrations ou les gratifications de l'entourage, la tolérance ou le rejet du sujet sont autant de facteurs pronostiques essentiels.

La durée des symptômes de conversion est très variable : de quelques mois jusqu'à quatre à six ans, voire plus. La persistance définitive du symptôme de conversion n'est pas rare.

Des bénéfices secondaires importants, une trop grande tolérance, voire une complicité de l'entourage contribuent au maintien du symptôme.

Dans les entretiens avec la famille ou les proches, on recherche prudemment les facteurs pouvant maintenir un équilibre pathologique, voire pervers, où le symptôme finalement satisfait tout le monde. Peut-être faudrait-il parler de bénéfices « tertiaires » des proches à maintenir le sujet dans le rôle du malade.

La dépréciation de l'image de soi en fonction de l'âge est plus souvent source d'état dépressif fréquemment hypochondriaque que d'accidents de conversion. La lutte contre l'anxiété ou la dépression peut amener le sujet à une **conduite toxicomaniaque** ou alcoolique.

Les périodes d'agitation, même si elles sont exprimées dans un contexte théâtral, ne doivent pas être considérées comme une simulation, mais comme un mode personnel d'expression d'une authentique souffrance. Le conflit inconscient, non exprimable par la patiente, peut trouver un autre mode d'expression que la crise d'agitation : le **suicide**.

Il est aussi difficile pour le médecin que pour les proches du patient, de trouver le juste milieu entre un rejet pur et simple et une complaisance thérapeutique pouvant mener aux complications « iatrogènes » médicale ou chirurgicale.

Reconnaître son incapacité là où l'hystérique invoque un savoir médical tout-puissant est parfois le début d'un dialogue, d'une approche délicate des conflits interdits de paroles, mais non d'expression corporelle. Ce savoir, seul le sujet le possède, c'est au médecin de le lui restituer.

COMPLICATIONS ÉVOLUTIVES DE L'HYSTÉRIE

- Extension du symptôme de conversion, chronicité.
- Handicap chronique sur tous les plans : affectif, familial, professionnel, social.
- Apparition d'autres symptômes névrotiques (phobiques, obsessionnels, hypochondriaques).
- Aggravation de traits de personnalité psychopathique, paranoïaque.
- Complication « iatrogène » : médicales ou chirurgicales.
- Conduite suicidaire, alcoolique, toxicomaniaque.
- Épisodes dépressifs.

5.3.7. Traitement :

Il est avant tout essentiel de ne pas méconnaître une affection organique.

En raison de l'importante suggestibilité de la patiente, il ne faut ni induire, ni renforcer les symptômes par des allusions, des remarques ou des attitudes. Le discours doit tenter de dévaloriser la maladie, d'hypervaloriser la guérison, les investissements.

L'hospitalisation peut être parfois le recours indispensable permettant une mise à distance de la famille.

Il faut connaître la possibilité de guérison spontanée possible en dehors de toute intervention thérapeutique. Le traitement des formes chroniques doit faire appel avant tout à l'adage « primum non nocere ». On évite ainsi à la patiente la prescription de thérapeutiques médicamenteuses inutiles ou d'interventions chirurgicales superfétatoires. Devant un accident de conversion, il est important de tenter de comprendre la signification et la fonction du symptôme, l'intensité et l'ancienneté du conflit et la personnalité sous-jacente.

• **Accidents de conversion :**

- Bilan clinique et paraclinique systématique.
- Isolement : pas de visites, chambre seule, éloignement de l'entourage, brève hospitalisation, limitation des bénéfices secondaires.
- Persuasion calme, suggestion ferme.
- En cas d'échec : sub-narcose amphotaminée, hypnose, narco-analyse¹.
- Antidépresseur : uniquement si une dépression est associée.

• **Au long cours :**

— **Psychothérapie :**

Plusieurs techniques peuvent être proposées.

. **Psychanalyse :**

En particulier si l'hystérie a peu de symptômes de conversion, elle ne paraît pas indiquée en cas de bénéfices secondaires importants, de mythomanie, d'actes hétéro-agressifs.

. **Psychothérapie d'inspiration psychanalytique :**

Elle est plus souple que la cure type, moins frustrante, d'indication plus large. Elle tente de diminuer les bénéfices secondaires et les comportements régressifs.

. **Psychothérapie de soutien :**

Elle est systématiquement à entreprendre par tout praticien, lors de sa rencontre avec l'hystérie. L'attitude générale du médecin doit être emphatique, ferme, chaleureuse.

La psychothérapie permet de soutenir le narcissisme de la patiente et de l'aider à mieux comprendre ses réactions excessives, incontrôlées, immatures.

. **Thérapie familiale :**

Elle peut agir sur le symptôme de conversion. Elle essaye de limiter les bénéfices secondaires.

— **Médiation corporelle :**

Elle ne doit pas se faire aux dépens de l'approche verbale. Il existe un risque accru d'érotisation de la relation avec le relaxateur.

Plusieurs techniques sont utilisées : techniques corporelles, kinésithérapie.

— **Chimiothérapie :**

Elle n'est utile qu'en cas de décompensation franche vers une autre pathologie psychiatrique : en particulier lors d'une dépression.

Le risque de pharmacodépendance n'est pas négligeable et de « manipulation » du médecin ou des médecins, pour en « obtenir plus ».

5.4. Névrose obsessionnelle

5.4.1. Historique, définition :

- L'étymologie du terme obsession, vient du latin « obsessio » : siège, action d'assiéger. Dans l'obsession, la pensée est « assiégée » par des idées (les idées obsédantes) et va tenter de s'en défendre par des actions (les rituels).

1. La pratique de ces techniques est particulièrement utile dans les cas de troubles de la mémoire, d'omission d'identité (liques psychogènes), de personnalités multiples.

- Pour Freud, la névrose obsessionnelle est caractéristique par :
 - ses mécanismes de défenses : primaires (formations réactionnelles, déplacement, isolation) et secondaires (annulation, rituels, conjurations, doutes, vérifications, érotisation de la pensée);
 - sa régression pulsionnelle au stade sadique-anal;
 - sa relation ambivalente aux objets;
 - la prohibition du contact avec l'objet de désir.
- Les défenses élaborées dans la névrose obsessionnelle sont autant de preuves de l'échec du refoulement total du conflit pulsionnel primaire. **A la différence de l'hystérie qui investit le corps, l'obsessionnel investit la pensée comme terrain électif de plaisir, de souffrance, de conflits entre désirs et interdits.**
- Dans le DSM IV, la névrose obsessionnelle disparaît au profit du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) d'une part, et de la personnalité obsessionnelle-compulsive d'une autre part. Cette dichotomie permet d'étudier sur le plan épidémiologique et clinico-biologique la névrose obsessionnelle.
- La prévalence du TOC dans la population est située aux alentours de 2 à 3%.
- Le sex-ratio est voisin de 1. On ne retrouve pas la nette prédominance féminine existante dans les autres névroses : agoraphobie, phobie simple, trouble anxieux généralisé.
- L'âge de début est précoce : 40% des formes débutent avant 20 ans. Il existe des formes de début dès l'âge de 10 ans. La première consultation est située 8 ans après le début des troubles, en moyenne vers 30 ans.

5.4.2. Clinique :

La névrose obsessionnelle est définie par l'association d'une personnalité obsessionnelle à des symptômes obsessionnels qui peuvent être de deux types : les pensées obsédantes — obsessions proprement dites — et les rituels, les compulsions.

• Domaine de la pensée : les obsessions

— Définition, caractères :

Les obsessions sont des idées, des affects ou des images qui surviennent de façon parasite dans la pensée. Elles s'imposent de façon répétée et involontaire à la conscience du sujet.

Le sujet, comme dans toute névrose, reconnaît cette pensée comme sienne malgré son caractère absurde, pathologique, égodystonique.

La lutte anxieuse, déclenchée par de telles idées, tend à envahir l'activité mentale du sujet. Le sujet est alors assailli de doutes, de pensées magiques, de ruminations interminables et enfin de rituels de plus en plus envahissants.

- Les obsessions peuvent être la conséquence :
 - d'une idée, d'une image mentale qui entraînent une rumination permanente : obsessions idéatiques;
 - d'une peur permanente d'une maladie, d'une contamination : obsessions phobiques;
 - d'une peur de commettre un acte répréhensible, agressif ou absurde : obsessions impulsives.

— Thèmes des obsessions :

Les thèmes des obsessions reflètent, en partie, les formations réactionnelles que le sujet développe contre son agressivité inconsciente : la Loi, la religion, l'ordre, la morale. [cf. « Personnalité sadique-anale »]. Le même sujet peut être obsédé par plusieurs thèmes. Ces thèmes sous-tendent aussi les rituels et les compulsions.

- Plusieurs thèmes sont observés :
 - moral : « folie du doute », « maladie des scrupules »;
 - religieux, sacré, métaphysique : Dieu, la vie, la mort;
 - ordre, symétrie, précision, cloisonnement topographique;
 - pureté, souci de protection corporelle contre des contaminations, des souillures (« délire du toucher »);
 - sexualité : homosexualité, rapports sexuels pervers;
 - agressivité : peur d'être agressif envers lui ou les autres;
 - écoulement du temps.

— Obsessions idéatives :

Les obsessions idéatives sont représentées par l'intrusion répétitive :

- d'idées : religieuses, morales, agressives, etc.
- de mots ou d'images mentales obscènes, dégoûtantes, absurdes.

Les conséquences de telles interrogations entraînent le patient dans des ruminations sans fin, des scrupules perfectionnistes, une vie uniquement imaginaire.

La « folie du doute », par exemple, entraîne le sujet à douter de la responsabilité de ses actes ou de ses idées passées, présentes, à venir. Le plus souvent, de tels actes auraient pour le patient, des conséquences irréparables : manque de respect à l'égard d'autrui ou de Dieu, tricherie, escroquerie, ouverture du gaz, accident de la route, feu.

— Obsessions phobiques :

« — D'accord, je sais, tous les examens sont normaux, je n'ai pas de tumeur cérébrale... pour l'instant ! »

W. Allen, « Hannah et ses sœurs »

- Les obsessions phobiques concernent des peurs (d'où le terme de « phobiques ») en rapport avec la crainte imaginaire :
 - d'une maladie : SIDA, cancer, syphilis, infarctus du myocarde, etc.
 - d'une souillure : excréments, produits toxiques;
 - ou d'une contamination (pollution, saleté, microbes).

À la différence des symptômes de la névrose phobique, la peur existe en dehors de la situation ou de l'objet phobogène puisque seule intervient, dans l'obsession, la pensée.

Les conduites d'évitement de ces obsessions sont bien moins efficaces que celles des phobies : évitement du toucher (« folie du toucher »), évitement de la présence de personnes malades ou de rentrer dans un hôpital, etc.

— Obsessions impulsives (phobies d'impulsion) :

L'obsession impulsive est la peur de commettre, contre sa volonté, un acte absurde, ridicule, sacrilège, immoral, voire agressif ou criminel.

Exemple : peur de baisser sa culotte en public, de prononcer des injures scatologiques en plein discours, de se jeter sous le métro ou d'y pousser quelqu'un, de jeter son bébé par la fenêtre, de commettre un acte pervers avec un enfant, etc.

La différence, relativement théorique, avec la **phobie d'impulsion** réside uniquement dans le caractère « phobique » de l'impulsion, c'est-à-dire que la crainte n'existe que si l'objet ou la situation sont présents. Dans l'obsession impulsive la crainte existe, indépendamment des lieux ou des situations redoutés.

Dans l'**obsession impulsive**, il n'y a pas de passage à l'acte¹, le sujet lutte contre son idée d'une façon anxieuse, intense, pénible.

Parfois, cette lutte débouche sur un rituel conjuratoire ou sur une ébauche symbolique de l'acte qui apaise le patient, sans entraîner pour lui ou son entourage un réel danger (sauf accident).

Exemple : enjamber la rambarde de la fenêtre, toucher du dos le métro qui rentre dans la station, dans le cadre d'une obsession phobique de se jeter dans le vide ou sous le métro.

• Domaine des actes : les compulsions et les rituels :

— Définition, caractères :

Les compulsions et les rituels ont les mêmes caractéristiques que les obsessions, à la différence près que ce sont des actes et non des pensées que le sujet se sent obligé d'accomplir.

On retrouve le caractère absurde, ridicule, voire immoral de l'acte que le sujet s'oblige à exécuter. Toutefois, à la différence des obsessions impulsives, l'acte n'a pas le même caractère transgressif ou dangereux pour le sujet ou l'entourage.

1. Les seules obsessions impulsives qui passent à l'acte sont la kleptomanie, la pyromanie et l'exhibition.

— Actes compulsifs : les compulsions

A la différence des obsessions impulsives, les compulsions sont des actes répétitifs qui s'imposent au sujet et qu'il ne peut s'empêcher d'accomplir.

La lutte anxieuse contre ces actes n'a pas la même intensité que dans les obsessions car le sujet est en partie soulagé par son acte. En revanche, s'il ne peut accomplir son acte, il en ressent une grande angoisse.

Très souvent, les compulsions apparaissent d'une façon secondaire aux idées obsédantes.

Par exemple, pour lutter contre une pensée agressive envers ses parents, un sujet s'obligera à ne pas marcher sur ses talons.

— Rituels et vérifications :

Les rituels et les vérifications sont des formes plus élaborées, plus complexes d'actes compulsifs.

A la différence des obsessions ou des compulsions qui sont souvent cachées par le patient, les rituels et les vérifications sont extériorisés.

Ainsi, l'entourage peut-il être mis à contribution dans l'exécution des rituels. Le sujet, à leur égard, présente parfois une attitude tyrannique, lorsque l'entourage tente de se dérober à de tels actes jugés absurdes.

- Les rituels sont des séquences d'actes élémentaires, portant sur des actions quotidiennes, que le sujet s'oblige à effectuer :
 - . habillage, toilette, coucher, défécation, cuisine, etc.
- Les rituels peuvent être uniquement intériorisés, intimes :
 - . effectuer des calculs mentaux : arithmomanie;
 - . se réciter une liste de mots, se représenter une série d'images, etc.
- Le plus souvent les rituels sont extériorisés :
 - . lavage, habillage;
 - . rangement, toilette, vérifications.

- Les vérifications ont pour but de contrôler la réalisation ou l'absence de réalisation d'un acte élémentaire :
 - . avoir fermé le gaz, la porte de sa maison ou de sa voiture;
 - . avoir posé un objet en une place précise;
 - . ne pas avoir laissé de traces de son passage;
 - . ne pas avoir fait d'erreur de calcul ou de rédaction, etc.

5.4.3. Diagnostic différentiel :

On doit différencier les symptômes obsessionnels de manifestations qui leur sont proches : diagnostic différentiel du symptôme.

On doit aussi différencier les symptômes obsessionnels appartenant à la névrose obsessionnelle des autres pathologies où des symptômes d'allure obsessionnelle peuvent exister : diagnostic différentiel de la névrose.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES OBSESSIONS

- Du symptôme obsessionnel :
 - . idée fixe, mentisme;
 - . phobie typique;
 - . hypochondrie;
 - . impulsion;
 - . idée délirante, automatisme mental;
 - . épilepsie.
- De la névrose obsessionnelle :
 - . affection organique;
 - . dépression;
 - . manie;
 - . schizophrénie pseudo-névrotique.

5.4.4. Évolution :

L'évolution de la névrose obsessionnelle est sévère, il n'y a pas de guérison spontanée.

Elle évolue d'une façon intermittente, émaillée de crises d'obsession, de dépersonnalisation ou d'effondrement dépressif.

Les obsessions et les rituels entravent la vie professionnelle, sociale et affective.

Les rituels tendent à être de plus en plus extensifs pour lutter plus efficacement contre les obsessions. Le but parfois atteint par le sujet est la ritualisation de toute sa vie.

5.4.5. Traitement de la névrose obsessionnelle :

• Habitus :

L'insertion professionnelle doit être maintenue le plus longtemps possible afin d'éviter une totale désinsertion socio-professionnelle.

On préconise aussi des voyages, des changements de cadre, de lieu ou de mode de vie, afin d'éviter une ritualisation de toute la vie active.

• Psychothérapie :

Dans l'idéal, l'intervention doit être la plus précoce possible.

— Psychanalyse :

- Cure longue, difficile en raison de la psychorigidité et de l'érotisation de la pensée : résistance massive à tout changement, besoin de tout maîtriser pour ne pas se laisser déborder affectivement.
- Indiquée en cas de :
 - névrose de moyenne intensité, non invalidante : pas de compulsions ou rituels envahissant complètement le comportement. Le patient doit pouvoir parler d'autre chose que de ses symptômes,
 - sujet jeune, bon niveau intellectuel, curieux, désirant en savoir plus sur son fonctionnement psychique, sur lui-même,
 - richesse de la vie affective,
 - bons investissements professionnels, culturels et sociaux.

— Psychothérapie d'inspiration analytique :

Elle est indiquée en cas de névrose grave, lorsque le patient est âgé ou en raison de contraintes socio-économiques.

— Psychothérapie de soutien :

Elle est systématiquement faite dans les névroses graves, invalidantes, chroniques, si les deux autres sont impossibles. Elle serait efficace chez le psychasthène.

• Thérapie cognitivo-comportementale :

- L'ensemble de ces techniques repose principalement sur le fait que l'anxiété peut être diminuée par une exposition répétée aux pensées obsédantes ou aux situations de rituels, lorsque l'on empêche la mise en place de leur extinction par le patient, par ses vérifications, ses compulsions.
- Le caractère prévisible de l'obsession (situation précise, parfois pensée sur un thème) facilite la mise en place d'objectifs thérapeutiques précis à effectuer avant l'apparition des rituels, des vérifications, des gestes conjuratoires ou de l'angoisse.
- La thérapie comportementale est indiquée dans les :
 - obsessions phobiques ou impulsives;
 - rituels sans anxiété diffuse ou signes dépressifs associés;
 - compulsions.
- On proposera :
 - technique d'immersion (flooding in vivo ou en imagination) par exposition au stimulus (dans la réalité ou en pensée) et prévention du geste compulsif;

- . technique de désensibilisation progressive;
- . technique d'affirmation de soi, en présence de traits psychasthéniques.
- Certaines thérapies cognitives tentent d'agir sur les obsessions phobiques, impulsives et sur les obsessions idéatives :
 - . technique de thought-stoping (arrêt de la pensée) : auto-contrôle progressif du déclenchement de l'obsession et évitement par une pensée agréable;
 - . technique de désensibilisation : habitude progressive à la pensée obsédante (évocation volontaire délibérée, lignes d'écriture, enregistrement au magnétophone de la voix du patient) avec prévention de son extinction idéative ou compulsive que le patient utilise habituellement.

Exemple : si le sujet récite une prière à chaque fois qu'il pense « mes parents vont mourir », il se répète volontairement, pendant plusieurs séances « mes parents vont mourir » sans que le patient récite la prière « d'extinction » de son idée.

• Chimiothérapie :

Le traitement repose avant tout sur la prescription d'antidépresseurs (tricycliques, IRS, IMAO), même en absence de toute composante dépressive. La chimiothérapie est peu efficace sur les obsessions idéatives.

- Antidépresseurs :
 - . clomipramine (ANAFRANIL®) : augmentation progressive, dose moyenne entre 75 et 300 mg/j;
 - . fluvoxamine (FLOXYFRAL®), en particulier sur les formes avec compulsions, obsessions impulsives, dose moyenne entre 150 et 300 mg/j; DEROXAT® [2 à 3 cp/j]; ZOLOFT®;
 - . I.M.A.O. : MARSILUD®;
 - . trazadone (PRAGMAREL®).
- En cas de lutte anxieuse importante, on peut utiliser :
 - . des benzodiazépines : durée limitée des cures;
 - . des neuroleptiques sédatifs à faibles doses (NOZINAN®).
- En cas de traits psychasthéniques :
 - . neuroleptiques antidéficitaires : ORAP®.

• Hospitalisation :

— Indications :

- . Angoisse non maîtrisable, angoisse de dépersonnalisation.
- . Éléments dépressifs graves : décompensation.
- . Crise obsessionnelle sévère ou invalidante (plan affectif, social ou professionnel).

— Traitement :

Mise en route d'un traitement par :

- . ANAFRANIL® IV associé à un neuroleptique sédatif.
- . Parfois, on utilise un neuroleptique antiproductif dans les épisodes de dépersonnalisation.

En cas d'échec des thérapeutiques citées :

- . Sismothérapie, d'autant plus que les crises obsessionnelles sont mélancoliformes.

6. ÉTATS SITUATIONNELS ET RÉACTIONNELS D'EXPRESSION NÉVROTIQUE

- Les états réactionnels et situationnels d'expression névrotique regroupent les symptômes névrotiques d'apparition secondaire à un événement, ou à une série d'événements, objectivement pénibles à supporter : séparation, deuil, déracinement, accident, attaque, viol, guerre, bombardement, catastrophe naturelle.
- Par définition, la réaction névrotique au traumatisme psychique n'entraîne pas suffisamment de symptômes pour poser le diagnostic de dépression réactionnelle, de réaction psychotique aiguë ou de névrose structurée.

6.1. Névrose traumatique, réaction névrotique aiguë, suites d'accident du travail

- La **névrose traumatique** (état de stress post-traumatique) est déclenchée par des traumatismes extrêmes où la vie du sujet a été mise en danger : guerre, déportation, torture, catastrophe naturelle, incendie, explosion, agression physique, viol, etc.
- Le tableau apparaît parfois après un temps de latence variable, à la suite du traumatisme.
- L'évolution de la symptomatologie est souvent chronique chez les sujets de plus de 40 ans. Le tableau clinique initial s'organise alors sur un mode revendiquant (revendication financière et affective), hystérophobique ou hypocondriaque. Dans ce dernier tableau, l'asthénie et les plaintes somatiques sont prépondérantes.

TABLEAU CLINIQUE D'UNE NÉVROSE TRAUMATIQUE

Le tableau clinique comporte :

- Une phase de latence : d'une durée allant de quelques heures à plusieurs mois. La phase de latence est asymptomatique.
- Des symptômes spécifiques (syndrome de répétition) :
 - . cauchemar récidivant (quotidien, hebdomadaire) où le sujet revit le traumatisme, phénomène de « flash back », souvenirs hallucinatoires;
 - . impulsions de conduite défensive par rapport au traumatisme, décharges émotives (tremblements, larmes, agitation), ruminations diurnes obsédantes;
 - . réaction de sursaut (réaction de peur exagérée), hypersensibilité aux stimuli.
- Des symptômes non spécifiques :
 - . crises d'angoisse, anxiété permanente;
 - . symptômes hystériques (symptômes de conversion, états seconds, crises excito-motrices), symptômes phobiques, rarement symptômes obsessionnels.
- Un ramaniement de la personnalité :
 - . régression de la personnalité aboutissant à une dépendance affective, des attitudes passives et infantiles, des revendications caractérielles de considération et de réparation.

- Le traitement de la névrose traumatique doit être le plus précoce possible.
- Le traitement comporte plusieurs aspects :
 - . traitement symptomatique : anxiolytiques (benzodiazépines) à la phase précoce, afin d'atténuer le choc émotionnel, antidépresseurs en cas de dépression ou de trouble panique;
 - . traitement par abréaction dont le but est de provoquer une remémoration de l'événement traumatique et une « catharsis » émotionnelle (verbalisation, hypnose, narco-analyse);
 - . thérapies comportementales : désensibilisation, flooding;
 - . psychothérapie de soutien : à mettre en place systématiquement, afin d'éviter ou de prévenir une décompensation hypocondriaque de type sinistrose.
- La **réaction névrotique aiguë** se différencie de la névrose traumatique essentiellement par sa durée inférieure à 6 mois.
Le tableau clinique est dominé par l'angoisse, dont les manifestations vont de l'agitation psychomotrice à l'inhibition stuporeuse.
On retrouve aussi le syndrome de répétition.
Par ailleurs, on observe un émoussement des affects, une réduction des activités, des troubles du sommeil, de la mémoire et de l'attention.
- Les **suites d'accident du travail** représentent un tableau clinique qui se constitue à la suite d'accidents n'ayant pas mis en jeu la vie du patient, ou son intégrité physique.
La dimension revendicatrice est souvent centrale. L'atteinte somatique est parfois minime, mais le patient peut vivre l'accident comme une atteinte irréparable à son statut (dimension symbolique du traumatisme). Le tableau, très variable, comporte des symptômes d'identification de type hystérique, un vécu persécutif et parfois une simulation dans le but d'obtenir une réparation financière plus importante.

6.2. États situationnels

Les états situationnels sont représentés par des manifestations névrotiques transitoires survenant dans la vie courante : dispute, échec à un examen, conflit professionnel, chômage, retraite, maladie somatique ou au contraire promotion, succès, mariage, naissance d'un enfant.

Le tableau s'installe dans les trois mois suivant un stress psychosocial facilement identifiable. Toutes les manifestations névrotiques peuvent être observées.

Troubles de l'humeur :

I – États dépressifs

1. ÉPIDÉMIOLOGIE

La dépression représente la plus fréquente des affections psychiatriques. La dépression touche environ 5 à 15% des Français, dont 25% (1 à 2,5% des dépressions totales) seraient correctement traités. Les 75% restant sont mal ou non traités car non reconnus comme tels.

Pourtant, une fois l'épisode dépressif diagnostiqué, la mise en route d'un traitement antidépresseur à posologie efficace et pendant une durée suffisante entraîne une réponse dans 70% des cas.

En revanche, en l'absence de traitement, un accès dépressif peut durer spontanément jusqu'à trois à cinq ans.

En ce qui concerne la mortalité par suicide, la dépression représente 30 à 35% des causes de suicide (contre 30 à 40% pour les troubles graves de la personnalité : psychopathie, états limites, et 5% à 10% pour les schizophrénies).

On retrouve une nette prédominance féminine quelle que soit la catégorie de dépression : deux femmes pour un homme.

2. SÉMIOLOGIE DU SYNDROME DÉPRESSIF

*Et de longs corbillards sans tambour, ni musique,
Défilent lentement dans mon âme; l'espoir
Vaincu, pleure et l'angoisse atroce, despotique,
Sur mon crâne incliné plante son drapeau noir.*

Baudelaire, « Les fleurs du mal »

Quelle que soit l'étiologie de la dépression, le syndrome dépressif associe toujours :

- **Un syndrome mental :**
 - . humeur dépressive : vision pessimiste du monde et de soi-même;
 - . ralentissement psychomoteur : perte de « l'élan vital ».
- **Un syndrome physique :** troubles du sommeil, de l'alimentation et de la sexualité.

Les différents éléments symptomatiques de ce syndrome sont résumés dans le tableau ci-suit.

L'importance de ces différents symptômes varie selon l'intensité, le type, l'étiologie de la dépression et le moment de son évolution.

Lorsque tous les symptômes sont présents, le diagnostic est facile. En revanche, il faut savoir évoquer la dépression même lorsqu'un bilan organique, demandé pour des plaintes fonctionnelles, a un résultat négatif.

En effet, le syndrome dépressif peut se résumer à l'un de ses symptômes somatiques; le syndrome mental passe dans ce cas au second plan mais devra être recherché systématiquement.

SYNDROME DÉPRESSIF

• Humeur dépressive

- Vision pessimiste de soi et du monde :
 - . anhédonie;
 - . auto-dévalorisation;
 - . tristesse pathologique, douleur morale;
 - . idées mélancoliques s.
- Émoussement affectif :
 - . perte de plaisir et d'intérêt;
 - . anesthésie affective;
 - . conscience douloureuse du trouble.
- Instabilité des affects :
 - . irritabilité, impulsivité, crises de larmes;
 - . intolérance, hostilité vis-à-vis de l'entourage.
- Idéation suicidaire.

• Symptômes somatiques :

- Troubles du sommeil :
 - . insomnie d'endormissement, réveils nocturnes;
 - . insomnie matinale;
 - . somnolence diurne, hypersomnie non réparatrice.
- Troubles de l'alimentation :
 - . anorexie;
 - . hyperphagie.
- Troubles de la sexualité :
 - . diminution de la libido;
 - . impuissance, frigidité.
- Troubles somatiques divers :
 - . céphalées, constipation, troubles neurovégétatifs;
 - . algies (lombaires, musculaires, digestives, etc.).

• Ralentissement :

- Intellectuel :
 - . lenteur de l'idéation, monoïdéisme, anidéisme;
 - . indécision, aboulie;
 - . ralentissement du débit verbal, mutisme, asthénie vitale, incurie;
 - . troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire;
 - . impression d'écoulement lent du temps.
- Moteur :
 - . lenteur de la marche, rareté des mouvements;
 - . voix monotone, faible;
 - . fatigue intense;
 - . incurie.

2.1. Humeur dépressive

2.1.1. Vision pessimiste de soi et du monde :

L'humeur dépressive se traduit par un vécu pessimiste par rapport à soi : ce sont les sentiments d'insatisfaction et d'**auto-dévalorisation**. Dans les cas extrêmes, cette vision pessimiste de soi conduit à des idées d'incurabilité, d'indignité et de culpabilité.

Le pessimisme foncier, vis-à-vis du monde, est exprimé par l'**anhédonie** ou le dégoût de la vie : « la vie est absurde, elle m'est insupportable ». Le patient a perdu tout espoir, n'envisage aucun futur.

La **douleur morale** est constituée par la rumination douloureuse de ce vécu morbide où le sujet ne cesse de penser continuellement à cette vie où il ne vaut rien, qui est pour lui sans avenir, sans autre espoir que la mort.

- La traduction physique de l'humeur dépressive¹ s'observe dans :
 - . l'expression faciale : hypomimie, œmega mélancolique;
 - . l'attitude générale : comme pétrifiée, ne réagissant à aucun stimulus;
 - . le ton de la voix : monocorde, perte de la prosodie² ;
 - . le contact : lent à s'établir, perte de la syntonie³.

Parfois, des idées que l'on qualifie habituellement de « mélancoliques » (en raison de leur plus grande fréquence dans les dépressions endogènes dites « mélancoliques ») apparaissent telle l'**auto-accusation** avec idées de ruine, ou la honte concernant des fautes qui n'ont jamais été commises ou dont le patient majore l'importance.

Au pire, ces idées deviennent totalement délirantes : damnation, besoin d'expiation, conviction d'une persécution justifiée.

2.1.2. Indifférence, émoussement affectif :

L'humeur dépressive s'associe souvent à l'émoussement affectif ou, à un degré supérieur, à l'anesthésie affective.

Dans l'**anesthésie affective**, le sujet n'éprouve plus aucun plaisir (désir, joie, amour) vis-à-vis de ses proches et dans toutes les activités ou les situations antérieurement agréables (parfois ennui profond, voire dégoût). Tous les domaines peuvent être atteints : les loisirs, la vie professionnelle ou domestique.

Dans les cas extrêmes, l'anesthésie affective est totale. Le sujet ne ressent plus aucun affect et n'exprime plus rien : « ni amour, ni haine ».

Le sujet peut fortement culpabiliser ce sentiment si profond d'indifférence vis-à-vis de ses proches : **conscience douloureuse** du trouble. Cette culpabilité augmente son **auto-dévalorisation** : « vous vous rendez compte, je suis le dernier des derniers puisque je n'éprouve plus rien pour ma femme et mes enfants ».

Parfois, l'indifférence affective est plus légère, on parle alors d'un simple **émoussement affectif**, « perte de plaisir et d'intérêt » : sensation d'un manque de sensibilité, d'absence de participation dans les activités socioprofessionnelles. C'est un signe précieux au début d'épisodes dépressifs.

2.1.3. Instabilité des affects :

L'instabilité des affects (encore appelée « incontinence affective ») est souvent révélatrice des syndromes dépressifs car elle surprend beaucoup le sujet et l'entourage. Le sujet devient brutalement **irritable**, **impulsif**, intolérant, voire **hostile** à son entourage quel qu'il soit.

L'instabilité affective est souvent disproportionnée par rapport aux causes décelables. Le sujet présente des crises de **larmes soudaines** ou déclenchées par les départs, la solitude ou les tâches à accomplir.

Cette instabilité des affects tend à augmenter la culpabilité pathologique déjà présente.

1. Le terme de douleur morale exprime bien, par la juxtaposition d'un terme « physique » et d'un terme « psychique », l'effrénée intrication du vécu dépressif et de son expression automatique.

2. La prosodie est la mélodie du discours, la variation tonale du langage.

3. Un tel contact exprime la tristesse, le renoncement à toute forme de lutte et la détresse profonde, sans fin.

2.1.4. Idéation suicidaire :

Les idées suicidaires apparaissent comme le moyen de mettre un terme à la souffrance inexorable, puisqu'il n'y a plus aucun espoir pour le patient. Le seul avenir acceptable est représenté par la mort.

Les idées suicidaires peuvent demeurer vagues et lointaines ou bien se préciser dangereusement jusqu'au passage à l'acte, le plus souvent réussi.

Le suicide peut être **ingénieux et médité** depuis longtemps. Ainsi, un patient amassera-t-il régulièrement des médicaments, une substance toxique jusqu'au jour de leur utilisation.

A l'inverse, le suicide peut être plus impulsif sous forme de raptus (pendaison, arme à feu, défenestration, noyade).

Parfois, le suicide est altruiste et familial, le sujet entraîne ainsi dans la mort tout son entourage avant de se donner la mort. Par ce geste dramatique, le sujet pense éviter à toute sa famille les conséquences de sa ruine et de sa culpabilité.

Le suicide peut prendre l'aspect d'un **équivalent suicidaire** par un refus alimentaire complet ou un refus de traitement (en particulier de l'hospitalisation). De même, certaines conduites à risque (automobile, alcools, toxiques) ont la même signification suicidaire.

Le suicide est à craindre à tout moment de l'évolution d'une dépression, lors d'un relâchement de l'attention de l'entourage (début de traitement lors de la levée du ralentissement psychomoteur, fin de traitement, convalescence).

Le patient peut néanmoins dissimuler aux thérapeutes l'existence de ses idées suicidaires et masquer son auto-agressivité derrière un sourire rassurant.

Dans tout entretien avec un patient dépressif, la thématique des idées suicidaires devra être abordée prudemment par le médecin, si le patient n'en parle pas spontanément. On commence à rechercher l'existence de projets, de préoccupations autour de la mort puis l'existence d'idées de suicide, entraînant ou non une volonté d'en finir¹ et si c'est le cas, par quels moyens. **Toute réticence du patient à parler d'un tel sujet peut masquer un projet bien préparé.**

Le risque de suicide est particulièrement à craindre si l'on retrouve :

- Dans la symptomatologie clinique :
 - . l'expression précise du désir de mourir;
 - . la présence d'idées délirantes mélancoliques;
 - . une agitation anxieuse (disparition du ralentissement « protecteur »).
- Dans les caractéristiques biographiques :
 - . une impulsivité;
 - . un isolement social et affectif;
 - . un âge supérieur à 40 ans et une appartenance au sexe masculin;
 - . des tentatives de suicides;
 - . des antécédents familiaux de suicide.

2.2. Ralentissement psychomoteur

Le ralentissement dépressif, expression de l'inhibition ou « perte de l'élan vital », se traduit par un ralentissement psychique et moteur, et par une fatigue intense.

2.2.1. Ralentissement des activités intellectuelles :

Le ralentissement psychique (bradypsychie) est un symptôme présent dans 90% des dépressions.

Le patient se plaint de ne plus avoir d'idées claires mais appauvries, laborieuses (lenteur de l'idéation), voire absentes.

1. L'existence d'une conviction religieuse empêche parfois le patient de passer à l'acte malgré la volonté de suicide.

Le contenu du discours est pauvre, aussi bien dans les thèmes que dans l'enchaînement des idées qui est amoindri ou réduit à une seule idée (monothémisme idéique) ou absent (anidéisme : vide pénible de la pensée). On constate, en effet, lors de l'entretien, des réponses laconiques avec une augmentation du temps de latence des réponses.

De même, le patient rapporte des **troubles de l'attention**, de la **concentration** et de la **mémoire** dans ses activités professionnelles ou de loisir (lecture par exemple). Cette atteinte intellectuelle peut être prise, chez le sujet âgé, pour un début de syndrome démentiel (cf. diagnostic différentiel).

Pour certains auteurs, le ralentissement psychomoteur n'est que l'expression clinique de la perte du sujet à initier une action ou une opération mentale. Cette indécision du sujet face aux tâches de la vie quotidienne est importante et peut aller jusqu'à l'**aboulie** : « inhibition à agir ».

2.2.2. Ralentissement des activités motrices :

Le ralentissement moteur se manifeste par l'incapacité de se mouvoir, par la **lenteur de la marche**, la rareté des mouvements des membres, du tronc ou de la mimique (hypomimie) :

« le patient rentre dans le bureau en traînant les pieds, lentement, il s'assoit avec difficulté, son tronc est raide, ses bras bougent peu. Une fois assis, ses yeux ne quitteront pas un point vague non loin de ses chaussures ».

Le débit verbal est ralenti, et peut atteindre un degré extrême, jusqu'au mutisme. La **prosodie** du discours est atteinte, la voix est à peine audible, le ton est monotone.

La fatigue dont se plaint le patient (plus de 90% des dépressions) ne cède pas au repos : « je suis pourtant allongé toute la journée et je n'ai plus de force à rien ».

Cette « **asthénie vitale** » retentit sur tous les gestes de la vie quotidienne (manger, faire sa toilette, s'habiller, monter des étages) et peut mener à l'incurie.

2.3. Syndrome somatique

L'atteinte somatique est quasi-constante et se compose de l'atteinte du « trépied instinctuel » (sommeil, alimentation, sexualité) et parfois d'une symptomatologie purement somatique essentiellement douloureuse.

Ces symptômes sont précoces et précèdent souvent le syndrome mental. A la différence de l'expression clinique de l'humeur dépressive, ils sont indépendants des facteurs culturels.

2.3.1. Atteinte des conduites instinctuelles :

• Troubles du sommeil :

Ils existent dans plus de 70% des dépressions.

L'insomnie, sous toutes ses formes, domine l'atteinte du sommeil. Elle peut prédominer lors de l'endormissement avec un mentisme douloureux, ou occasionner de nombreux réveils nocturnes. **Lorsqu'elle est matinale, l'insomnie a une grande valeur diagnostique.** Le plus souvent l'insomnie est mixte et associe les formes précédentes avec une somnolence diurne (hypersomnie).

• Anorexie :

Elle est présente dans 80 à 90% des dépressions. Elle s'associe à l'amaigrissement dans 60% des dépressions, et souvent à une constipation. Le refus alimentaire, lorsqu'il est complet, est à considérer comme un équivalent suicidaire et impose l'hospitalisation en urgence.

• Hyperphagie avec prise de poids :

Elle est rarement observée (10% des dépressions).

• Baisse du désir sexuel (érection, ennui ou dégoût vis-à-vis des rapports sexuels, impuissance, frigidité) :

Elle se retrouve dans plus de 60% des dépressions.

2.3.2. Plaintes somatiques :

Les plaintes somatiques peuvent s'associer au syndrome dépressif ou bien résumer à elles seules le tableau clinique, comme nous le verrons dans les dépressions masquées. Aucune, prise isolément, n'est spécifique de la dépression.

PLAINTES SOMATIQUES AU COURS DE LA DÉPRESSION

- Parmi les plus fréquentes (dans plus de 40% des dépressions) on retrouve :
 - . les céphalées diffuses avec un maximum au vertex, ou postérieures;
 - . l'amaigrissement (conséquence de l'anorexie);
 - . la constipation, les palpitations.
- D'autres symptômes moins fréquents sont aussi observés :
 - . frilosité, transpiration, sécheresse de la bouche, bouffées de chaleur;
 - . douleurs lombaires, douleurs musculaires, précordialgies, douleurs abdominales, gastralgies;
 - . dysménorrhées;
 - . nausées, vertiges, dyspnée, dysurie, hypotension artérielle¹.

Lorsque les plaintes somatiques dominent le tableau clinique elles aggravent le pronostic de la dépression en raison du retard diagnostique et donc thérapeutique. En effet, beaucoup de suicides au cours des dépressions sont dus à ce retard diagnostique.

3. FORMES CLINIQUES DE LA DÉPRESSION

De nombreuses formes cliniques de dépression ont été individualisées parmi les états dépressifs.

Par souci de clarté, les formes symptomatiques ont été différenciées des formes étiologiques et des formes évolutives.

FORMES CLINIQUES DE LA DÉPRESSION

1. Formes symptomatiques

- . dépression mélancolique;
- . dépression stuporeuse;
- . dépression anxieuse;
- . dépression délirante;
- . dépression confuse;
- . dépression d'involution;
- . dépression masquée.

3. Formes évolutives

- Psychose maniaco-dépressive.
- Dépression chronique.
- Dépression névrotico-réactionnelle.

2. Formes étiologiques

- Dépressions endogènes :
 - . dépression mélancolique, stuporeuse;
 - . dépression mixte;
 - . dépression anxieuse, délirante, confuse;
 - . dépression d'involution, masquée.
- Dépressions non endogènes :
 - . Dépressions psychogènes :
 - dépression névrotique;
 - dépression d'épuisement;
 - dépression réactionnelle.
 - . Dépressions secondaires :
 - Affections psychiatriques :
 - * névroses,
 - * psychoses chroniques non dissociatives,
 - * schizophrénies.
 - Affections somatiques, iatrogènes.

1. Un déprimé est le plus souvent hypotendu. Une hypertension artérielle retrouvée lors de l'examen clinique doit faire suspecter un alcoolisme concomitant.

La classification étiologique des états dépressifs (séparation des dépressions endogènes et non endogènes) est actuellement très discutée mais présente un avantage didactique indéniable.

Même si la réalité clinique est bien plus complexe que toutes les classifications (existence de critères dits « endogènes » dans des dépressions dites « non endogènes », étiologie multifactorielle de la dépression), cette classification permet, dans un premier temps, de retrouver des repères cliniques opératoires dans la démarche diagnostique et thérapeutique. De plus, une fois assimilée, elle permet d'être mieux critiquée !

3.1. Formes symptomatiques

Les formes symptomatiques représentent un tableau de dépression moins complet, où l'un des symptômes domine et parfois résume le syndrome dépressif.

3.1.1. Dépression mélancolique :

DÉPRESSION MÉLANCOLIQUE

- On parle de dépression mélancolique devant toute dépression caractérisée par :
 - . l'intensité de l'humeur dépressive avec culpabilité, auto-dévalorisation, auto-accusation;
 - . l'anhédonie, l'anesthésie affective qui peut alterner avec des moments d'instabilité affective, d'hypersensibilité émotionnelle douloureuse;
 - . l'importance du risque de suicide, même chez les sujets aux convictions religieuses très affirmées;
 - . l'importance du ralentissement psychomoteur ou de l'agitation anxieuse;
 - . un réveil matinal précoce où culmine souvent la douleur morale;
 - . l'importance de l'anorexie et de l'amaigrissement et du syndrome somatique.

Dans certains cas, on observe un syndrome de dépersonnalisation à caractère dépressif : « le monde est lointain, je ne sens pas mon corps, mon visage a changé, je ne dirige plus rien ».

La dépression mélancolique évolue dans environ 40% des cas (en l'absence de traitement) vers la dépression délirante.

3.1.2. Dépression stuporeuse :

La stupeur réalise une inhibition totale de l'activité motrice. Le sujet est prostré, mutique et non réactif aux stimuli. Son visage est de marbre, son regard est fixe, l'alimentation est impossible. Devant une stupeur, l'un des signes orientant vers son origine dépressive est la présence de l'**oméga mélancolique** (entre les sourcils froncés, les plis de la peau font comme un Ω).

3.1.3. Dépression anxieuse :

La dépression anxieuse représente la seule forme de dépression où le ralentissement moteur disparaît au profit d'une agitation motrice extrême et stérile. Le patient gesticule, déambule sans but.

La douleur morale est concomitante de la certitude d'un malheur prochain à venir, aussi bien redouté qu'espéré.

Le risque de raptus suicidaire est particulièrement important. Il faut rechercher, derrière cette symptomatologie, une dépression délirante.

3.1.4. Dépression délirante :

Dans la dépression délirante, les idées sont constituées des mêmes thèmes que dans les dépressions mélancoliques (culpabilité, auto-dévalorisation, auto-accusation).

Elles sont délirantes lorsqu'elles existent en dehors de toute référence objective à la réalité et qu'elles entraînent la conviction absolue du patient.

Il est important de préciser que le délire est ici secondaire à la dépression, lorsque celle-ci est déjà constituée. Le caractère pénible des idées délirantes est en rapport avec la douleur morale qui domine déjà le sujet.

On caractérise ce délire par :

- **Ses mécanismes :**
 - . intuitif, imaginaire, interprétatif rarement hallucinatoire;
- **Son thème :**
 - . le contenu des thèmes est pénible : mélancolique, hypocondriaque (nosophobie, négation d'organes, syndrome de Cotard), ruine, catastrophe (certitude de la mort des proches ou d'une maladie grave les atteignant), idées de négation : « je n'ai plus de parents, plus d'amis, plus de maison, plus d'âme, plus d'intelligence, plus rien »;
 - . à la différence des délires paranoïaques, **la thématique de persécution est vécue comme justifiée aux yeux du patient** (possession diabolique, influence maléfique, punition divine). En effet, les thématiques délirantes sont congruentes à l'humeur dépressive car elles sont en filiation directe avec son auto-accusation et sa vision pessimiste de soi et du monde.
- **Sa structure :**
 - . c'est un délire pauvre, monotone, peu extensif, fixe. Le sujet répète inlassablement les mêmes idées délirantes (monothématique). Le délire apparaît d'une façon secondaire, c'est-à-dire après l'installation de l'humeur dépressive;
 - . à la différence des délires paranoïaques, le délire est centrifuge (le malade est le centre : idées d'auto-accusation, et son délire s'étend au monde : les autres subissent les conséquences de ses crimes) et diverge vers le monde entier;
- **La participation affective :**
 - . le délire est vécu passivement dans une tonalité pénible, douloureuse et d'inhibition. Le patient est résigné. Il présente parfois une agitation anxieuse;
 - . il recherche dans le passé la faute (imaginaire ou exagérée) qui explique son état actuel (caractère rétrospectif du délire);
 - . l'adhésion à un **délire de négation** peut conduire le patient :
 - à refuser toute forme d'alimentation (puisque'il n'a plus d'œsophage, ni d'intestins),
 - à refuser de parler, car il n'a plus de larynx, plus de langue,
 - à se suicider, pour expier ses fautes, pour sauver le monde : valeur de sacrifice.

3.1.5. Dépression confuse :

La dépression confuse est rare sauf chez le sujet âgé. Cette confusion présente la particularité de disparaître sous traitement antidépresseur.

3.1.6. Dépression d'involution :

- La dépression d'involution survient après 50 ans et se caractérise par :
 - . l'absence d'antécédent psychiatrique de manie ou de dépression;
 - . un début progressif;
 - . des plaintes hypocondriaques, délirantes ou non, au premier plan. Le sujet « se sent devenir dément »;
 - . une agitation anxieuse;
 - . des idées délirantes de préjudice, de jalousie, d'indignité;
 - . la fréquence de symptômes obsessionnels.

Cette dépression serait plus fréquente chez la femme ménopausée. Le risque suicidaire est particulièrement important chez le sujet âgé, et il réussit souvent ses tentatives.

3.1.7. Dépression masquée :

Le concept de dépression masquée est relativement récent (1969-Walker).

Malgré l'absence d'un consensus précis quant aux implications étiologiques de cette dépression (endogène ou psychogène ?), elle est caractérisée par le « masquage »¹ des symptômes dépressifs (humeur dépressive, ralentissement psychomoteur) par d'autres symptômes, le plus souvent somatiques.

1. Masquage : élément dépressif inapparent ou absent. Les symptômes « masquants » peuvent dominer le tableau clinique et résumer à eux seuls l'ensemble de la symptomatologie dépressive.

On définit actuellement trois types de dépressions masquées :

• **Dépression masquée somatique :**

Les manifestations somatiques sont au premier plan, en particulier les symptômes algiques. Les plaintes digestives, lombaires, les céphalées trainantes *sine materia* sont particulièrement fréquentes. On retrouve aussi des troubles du sommeil persistants, résistant aux thérapeutiques hypnotiques et des états asthéniques qualifiés de « fonctionnels ».

• **Dépression masquée par des conduites pathologiques :**

- On retrouve des épisodes intermittents de troubles des conduites alimentaires (anorexiques ou boulimiques), toxiques ou alcooliques, suicidaires, masochiques.
- Conduites pulsives : kleptomanie, vols, fugues, criminalité.

• **Dépression masquée par des équivalents psychiques :**

Ce sont des troubles névrotiques de tous types d'apparition récente (phobiques, dysmorphophobies, obsessionnels, hypocondriaques, non spécifiques : impuissance) ou des troubles isolés du caractère (dépression hostile).

Un certain nombre d'arguments cliniques aident à démasquer l'ensemble de ces trois types de dépressions (encadré ci-contre).

La bonne réponse aux antidépresseurs constitue un dernier argument, rétrospectif, de dépression masquée.

Toutefois, même en cas de suspicion d'une dépression masquée, on commence le traitement antidépresseur en même temps que des investigations complémentaires à la recherche d'une éventuelle organicité.

ARGUMENTS EN FAVEUR D'UNE DÉPRESSION MASQUÉE

- **Caractéristiques cliniques et évolutives du trouble :**

- . symptômes d'apparition aiguë;
- . tentative de somatisation du trouble;
- . échec des traitements symptomatiques;
- . évolution cyclique des troubles;
- . symptômes atypiques, imprécis;
- . majoration ou richesse des symptômes;
- . absence ou faible anxiété concomitante;
- . disproportion entre la plainte (faible) et le retentissement (considérable) sur la vie;
- . normalité des bilans biologiques.

- **Caractéristiques dépressives à « démasquer » :**

- . antécédents personnels ou familiaux de troubles thymiques;
- . symptômes en rupture avec la personnalité habituelle;
- . pessimisme quant au traitement;
- . perte ou diminution des intérêts et de l'initiative;
- . bradypsychie, trouble de la concentration, de la mémoire;
- . présence d'une hypersensibilité aux stimuli extérieurs;
- . fond anxieux avec irritabilité;
- . prédominance matinale des troubles;
- . présence des troubles du sommeil;
- . amaigrissement important, disproportionné par rapport à la plainte;
- . sensation de fatigue et d'asthénie.

3.1.8. Dépression pseudo-démentielle :

- Importance de l'incurie, de la négligence de soi. Parfois, un test aux antidépresseurs est réalisé devant un syndrome démentiel d'installation rapidement progressive. L'ECT est parfois une bonne indication en raison des contre-indications des médicaments.

4. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL D'UN ÉTAT DÉPRESSIF

4.1. Tristesse normale

La tristesse n'est pas en soi une maladie ! De plus, son existence n'est pas toujours synonyme de dépression : une tristesse isolée n'est pas de la dépression. En effet, la tristesse est le plus souvent une autre allure de l'humeur normale. Ainsi la tristesse apparaît-elle comme réactionnelle à un événement ou à une situation déplaisante, menaçante ou frustrante. A la différence de la tristesse dépressive, elle est oscillante en fonction des stimulations du milieu. De plus, on note l'absence des autres signes de la tétrade dépressive.

4.2. État anxieux

L'anxiété est la crainte d'un malheur à venir pour le sujet ou pour ses proches.

Dans la dépression, le sujet est angoissé pour un malheur déjà survenu, accompli.

L'anxieux ressent plus de l'inquiétude que de la tristesse. Si l'anxieux est triste, cette tristesse l'abandonnera dès que l'anxiété disparaîtra.

Dans les états anxieux, on ne retrouve pas de perte de plaisir, de perte globale des intérêts ou de l'estime de soi.

5. FORMES ÉTIOLOGIQUES DES ÉTATS DÉPRESSIFS

La dichotomie endogène/psychogène a été définie pour la première fois par Kraepelin.

Actuellement, la seule forme réelle de dépression que l'on peut qualifier de forme étiologique est la forme dite « endogène » de dépression.

Cette forme là est constituée par des critères cliniques positifs (Tableau). A cette forme bien définie, on oppose, par des critères surtout négatifs, les dépressions dites « psychogènes » caractérisées surtout par le fait qu'elles ne sont pas endogènes !

En effet, à partir du moment où l'on admet l'existence de la psychose maniaco-dépressive, forme évolutive des dépressions endogènes, il ne reste plus qu'à définir les formes de dépressions qui, actuellement, n'en font pas partie.

Toutefois, ce caractère net et tranché de la théorie ne se retrouve pas toujours dans la réalité clinique : des dépressions psychogènes peuvent présenter des caractères endogènes de dépression et inversement¹.

Par exemple, la présence d'un facteur déclenchant ne doit pas faire éliminer la dépression endogène sous prétexte que la définition de l'endogénicité d'une dépression est justement son caractère spontané, inexplicable et immotivé.

Il existe en effet des « mélancolies réactionnelles » déclenchées par un événement vécu. La mélancolie de deuil en est un exemple.

- Le caractère endogène d'un accès réactionnel doit être évoqué devant :
 - . un écart thématique croissant entre le contenu des idées dépressives et l'événement déclenchant (par exemple, thématique délirante n'ayant aucun lien avec le facteur déclenchant);
 - . une aggravation progressive de la dépression, à distance de l'événement déclenchant;
 - . l'insensibilité de plus en plus importante aux événements.

5.1. Dépressions endogènes

- Le terme « d'endogène » souligne le caractère spontané, inexplicable, immotivé, autonome de l'accès. L'existence de facteurs déclenchants est rare mais possible (30% des cas); leur présence ne fait donc jamais éliminer une dépression endogène.
- Les dépressions endogènes représentent la forme la plus grave de dépression en raison du risque majeur de passage à l'acte.

1. Cette observation est à la base de la conception nosographique des Anglo-Saxons qui préfèrent parler de dépression « majeure » et de dépression « mineure », sans préjuger du caractère endogène de l'accès (DSM IV).

Dépression endogène	Dépression psychogène
. facteur déclenchant plus rare (30%)	. fréquence du facteur déclenchant (sommation de stress, traumatisme affectif, perte)
. antécédents personnels ou familiaux de troubles thymiques	. terrain névrotique, personnalité narcissique, immature
. tristesse intense, douleur morale . culpabilité . anesthésie affective . incurabilité . insensibilité aux stimuli	. tristesse modérée, fluctuante . accusation d'autrui plus que de soi-même . quête affective, recherche d'aide . pas de sentiment d'incurabilité . influence de l'extérieur
. agitation ou ralentissement psychomoteur extrême	. rare
. amélioration vespérale . réveil matinal précoce	. pas d'amélioration vespérale . insomnie d'endormissement
. formes stuporeuses, délirantes, confuses, anxieuses	. jamais
. suicides effectifs, peu de tentatives	. conduites suicidaires fréquentes
. importance des signes somatiques	. perte de poids modérée

– L'accès :

- . survient rarement de manière brutale, d'une heure ou d'un jour à l'autre. Le plus souvent il s'étale sur quelques jours ou quelques semaines;
- . peut succéder à un facteur déclenchant¹ dans 1/3 des cas :
 - deuil,
 - séparation,
 - réussite,
 - suites d'une maladie somatique : grippe, opération chirurgicale,
 - prise d'un médicament « dépressogène ».
 - * dure, en absence de traitement, une moyenne de 6 mois,
 - * présente une fin rapidement régressive, parfois en quelques heures : « le jour se lève enfin, Docteur »,
 - * peut être suivi d'un virage maniaque de l'humeur².

DÉPRESSIONS ENDOGÈNES

- On classe dans les dépressions endogènes :
 - . les dépressions mélancoliques;
 - . les dépressions stuporeuses;
 - . les dépressions anxieuses avec caractéristiques mélancoliques;
 - . les dépressions délirantes;
 - . les dépressions confuses;
 - . les dépressions d'involution;
 - . les dépressions mixtes.

- Certains auteurs classent le groupe hétérogène des dépressions masquées dans les dépressions endogènes.

1. Les facteurs indiqués sont déclenchants et non causales car ils ne peuvent expliquer à eux seuls le caractère endogène de l'accès : ils révèlent un terrain prédisposé.

2. L'inversion de l'humeur au cours d'un accès dépressif, traité ou non, signe le caractère endogène de l'accès.

5.2. Dépressions non endogènes

5.2.1. Dépressions psychogènes :

Le groupe des dépressions psychogènes constitue un ensemble hétérogène que l'on définit par son opposition aux dépressions endogènes et par l'introduction de relations causales dans la genèse de l'accès : psychopathologie explicative. La dénomination « psychogène » fait donc appel à une étiologie psychologique de l'accès.

L'étiologie psychologique de l'accès implique de retrouver une relation dite « de compréhension » entre les thèmes dépressifs, les circonstances déclenchantes et l'analyse psychologique du patient.

• Dépression névrotique :

La dépression névrotique succède à un événement dont la valeur traumatique est conférée par le patient.

Cela explique la disproportion entre l'événement déclenchant rapporté (minime, parfois même heureux) et son vécu subjectif (effondrement dépressif) : promotion, succès, événement fortement désiré, déménagement, mariage d'un enfant.

Le facteur déclenchant rapporté ne constitue pas un véritable « traumatisme », mais plutôt un « micro-traumatisme ». Un événement heureux (réussite professionnelle, mariage) peut être aussi vécu comme un facteur déclenchant.

Le caractère névrotique de cette dépression est caractérisé par la résonance toute particulière de ce micro-traumatisme, minime voire quotidien, avec une problématique inconsciente, refoulée. Le conflit névrotique, d'origine ancienne (vécu d'abandon, frustration précoce), se trouve réactivé dans la situation actuelle et entraîne la décompensation de l'individu sur un mode dépressif.

Au niveau théorique, on devrait toujours retrouver ce « complexe inconscient » pour porter le diagnostic de dépression névrotique.

D'une façon pratique, le caractère névrotique d'un facteur déclenchant est évoqué lorsque la dépression survient à la suite d'un événement « objectivement » non traumatisant.

• Dépression réactionnelle :

La dépression réactionnelle se situe dans une perspective opposée à la dépression névrotique : l'événement traumatisant est compréhensible d'une façon « objective », et non uniquement « subjective » comme dans la dépression névrotique.

La dépression réactionnelle est une réaction anormale à un événement traumatisant vécu consciemment par le patient.

La réaction à cet événement est une réaction vraie, au sens où l'entendait K. Jaspers :

« son contenu a un rapport compréhensible avec l'événement qui lui a donné son origine, qu'elle ne serait pas survenue sans cet événement et que son évolution dépend de cet événement. »

La dépression succède immédiatement (dans les jours qui suivent¹) à un traumatisme affectif que « tout le monde » peut comprendre : deuil, abandon, échec sentimental ou professionnel, conflits conjugaux, solitude et isolement.

La durée des dépressions réactionnelles est plus courte que celle des dépressions endogènes.

Là encore, la question de « l'objectivité » du facteur déclenchant peut être remise en cause : jusqu'à quel point un traumatisme peut-il être considéré comme purement « objectif » ?

Les événements ne constituent pas, à eux seuls, un facteur spécifique, nécessaire et suffisant, au déclenchement d'une dépression. Il n'existe pas de hiérarchie des facteurs déclenchants.

Là aussi, la notion d'un terrain prédisposé (structure névrotique préalable) a été évoquée par plusieurs auteurs qui remettent en cause la délimitation avec les dépressions névrotiques. On parle alors de « dépressions névrotico-réactionnelles ».

1. Plus le délai entre le facteur traumatique et la dépression est long, plus le caractère endogène de la dépression est probable.

Au niveau clinique, la dépression réactionnelle s'inaugure souvent par un geste suicidaire (surtout chez le sujet âgé isolé) immédiatement après le traumatisme (parfois quelques heures après). En cas d'échec de ce geste, on observe, dans l'évolution ultérieure, une amélioration croissante à distance de l'événement traumatique.

• Dépression d'épuisement :

La dépression d'épuisement, comme la dépression réactionnelle, succède à un traumatisme dont a conscience le sujet.

La différence réside dans la succession, la répétition de l'événement dans la dépression d'épuisement.

La dépression réactionnelle fait suite à un événement unique (réaction secondaire à un traumatisme unique). **La répétition traumatique pendant des mois, voire des années**, provoque une surcharge affective excessive entraînant un épuisement émotionnel sous forme de dépression d'épuisement (notion de durée, de processus).

Un certain nombre de personnalités sont plus vulnérables aux dépressions d'épuisement : les personnalités narcissiques, immatures et sensibles.

TERRAIN SPÉCIFIQUE D'UNE DÉPRESSION D'ÉPUISEMENT

- On observe cette dépression, en particulier :
 - . chez la personne migrante : dépression de déracinement;
 - . chez les personnes soucieuses de compétition, de rendement : dépression des managers (« burn-out » syndrome);
 - . à la suite de conflits conjugaux ou pécuniaires.
- La femme représente un terrain vulnérable à la dépression d'épuisement lorsque l'on retrouve les motifs suivants :
 - . absence d'un travail à l'extérieur du foyer;
 - . bas niveau socio-économique;
 - . jeunes enfants encore présents au foyer;
 - . relations difficiles avec le conjoint ou lorsque la confiance du couple est ébranlée;
 - . perte de leur mère avant 11 ans.

5.2.2. Dépressions secondaires :

Le concept de dépression secondaire est récent et repose sur l'hypothèse que les dépressions endogènes (dépressions dites « primaires ») ont des fondements étiologiques, biologiques et thérapeutiques qui leur sont spécifiques (1950-Winokur). Pour Winokur, il est donc licite de séparer deux types de dépressions : primaires et secondaires. La dépression secondaire est une dépression qui succède, ou s'associe, à une affection somatique (organique ou iatrogénique) ou à une affection psychiatrique (névrotique, psychotique).

• Affection psychiatrique :

— État névrotique :

La dépression secondaire à une affection névrotique ne doit pas être confondue avec la dépression névrotique étudiée plus haut.

Ses caractéristiques cliniques sont proches des dépressions psychogènes (événement déclenchant, importance du contexte psychologique).

La dimension agressive que peuvent prendre les tentatives de suicide souligne sa valeur relationnelle : appel à l'aide, mise en demeure.

— Dans la névrose obsessionnelle :

Une décompensation dépressive avec des caractéristiques mélancoliques (auto-accusations, indignités), est particulièrement fréquente. Elle survient chez les sujets dont la thématique obsédante est centrée sur les doutes, les scrupules, la pureté, la rigueur ou la moralité (importance du conflit ambivalentiel chez la personne obsessionnelles).

— Dans la névrose phobique :

Le suicide peut survenir au paroxysme de la situation phobogène.

— Dans la névrose hystérique :

La dépression est souvent non reconnue par l'entourage de par la théâtralité de l'expression affective douloureuse : « elle joue encore la comédie ». Une telle négligence peut entraîner un retard diagnostique, donc thérapeutique, parfois fatal.

Une tentative de suicide ne doit jamais être banalisée et être prise pour un « chantage affectif ». Le geste suicidaire est souvent l'ultime recours lorsque l'acte exprime plus que les paroles. Le suicide, dans un contexte dépressif ou non, représente 4% des causes de mort chez l'hystérique.

La dépression, qui survient au cours du vieillissement de l'hystérique, est longue et difficile à traiter.

L'hospitalisation, quand elle est nécessaire, doit être courte. Souvent, à l'amélioration des premiers jours, succède une aggravation dans les jours qui précèdent la sortie. La raréfaction de l'entourage autour des hystériques vieillissantes accentue encore plus l'isolement affectif et augmente d'autant plus le risque suicidaire.

— Dépression survenant chez les personnalités « limites » :

Elle est souvent provoquée par des séparations ou des humiliations (blessures narcissiques). L'aspect clinique est dominé par des sentiments d'abandon et par une anxiété au premier plan.

— Au cours de la psychopathie :

La tentative de suicide est une forme « naturelle » d'expression. Une dépression authentique est souvent masquée par cette répétition de passages à l'acte. La dimension de culpabilité propre à la dépression est souvent absente et l'on peut croire, à tort, à une simulation. Les signes somatiques prennent ici une grande valeur diagnostique : asthénie, insomnie, anorexie.

— Schizophrénie :

La survenue d'accès dépressifs, dans le cadre d'une schizophrénie, peut représenter :

- Un accès dépressif atypique dans le cadre d'une schizophrénie dysthymique.
- Une décompensation propre au cours évolutif de la schizophrénie.
- Les caractéristiques cliniques peuvent prendre plusieurs formes :
 - . dépressions d'allure mélancolique;
 - . dépressions d'allure abandonnique ou d'épuisement (adolescence, ruptures affectives itératives);
 - . dépressions d'allure dysphorique où les idées mélancoliques coexistent avec l'athymornie.
- Une décompensation post-psychotique.

Dans ce dernier cas, la dépression apparaît dans les semaines ou dans les mois suivant l'exacerbation délirante. La période post-psychotique est particulièrement délicate en raison de sa coïncidence avec plusieurs bouleversements dans la vie du patient : perte du délire, remaniement de la personnalité sous l'influence du traitement, mise en place d'un projet thérapeutique, du suivi extra-hospitalier, du retour au domicile ou dans la famille, début éventuel d'une relation psychothérapique.

. Dépression secondaire à un délire chronique :

- Les remarques cliniques et étiopathogéniques faites à propos des dépressions au cours de la schizophrénie peuvent être faites pour les psychoses chroniques non dissociatives.
- De la même manière, on peut avancer plusieurs hypothèses explicatives :
 - . réaction à la décompensation psychotique;
 - . révélation d'un noyau dépressif sous-jacent, jusque là masqué par le délire. Le délire de relation des sensitifs illustre particulièrement bien cette hypothèse¹;
 - . dépression par « perte d'objet » représentée par le délire. Le patient ne peut concilier l'idéal mégalomane, que représentait son délire, avec une réalité vidée de toutes ses projections fantasmatiques. Le renoncement au délire implique l'investissement d'une « simple réalité » où il n'a encore aucune prise. Cette étape,

1. Dans le délire de relation des sensitifs, où le vécu dépressif est à fleur de peau, le patient supporte avec passivité les persécutions dont il se croit l'objet : ce sont les seuls états délirants non aggravés, ou même améliorés, par les antidépresseurs.

parfois décisive pour l'ébauche de son individuation, se heurte à une résistance massive où le suicide représente parfois l'unique réponse possible.

La dépression secondaire à un délire chronique présente, comme diagnostic différentiel, la mélancolie délirante. L'antériorité du délire sur la dépression dans les psychoses chroniques est un bon critère pour les différencier.

• Affection somatique :

Une première situation est représentée par la dépression symptomatique d'une affection organique méconnue. C'est un diagnostic à éliminer systématiquement devant tout patient qui présente une dépression, surtout si c'est le premier épisode.

– Plusieurs éléments font évoquer, tout particulièrement, l'organicité d'une dépression :

- symptomatologie confusionnelle associée;
- résistance à un traitement bien conduit (durée et posologie suffisantes);
- troubles du caractère d'apparition concomitante à l'accès;
- caractère atypique de la dépression dans le tableau actuel ou dans son évolution.

PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DES DÉPRESSIONS SECONDAIRES À UNE AFFECTION ORGANIQUE

- Affections cérébrales :
 - tumeur, parkinson, sclérose en plaque, démence sénile/présénile, épilepsie (temporale), traumatisme crânien.
- Endocrinopathies :
 - cushing, Addison, hypo/hyperthyroïdie, diabète, hyperparathyroïdie, carence vitaminique (B12, folate).
- Affections générales :
 - cancer (pancréas, disséminé), sclérose latérale amyotrophique, hémopathies, collagénose, lupus.
- Maladies infectieuses :
 - SIDA, syphilis tertiaire, tuberculose, hépatite, mononucléose infectieuse, pneumonie virale.
- Affections cardio-vasculaires :
 - embolie pulmonaire, hypertension artérielle.
- Iatrogènes :
 - résérpine, re-méthylidopa, corticoïdes, neuroleptiques, amphétamines, cimetidine, isoniazide, bêta-bloquants, vincristine, vinblastine.
- Sevrage :
 - alcool, benzodiazépine, amphétamine ou anorexigène, barbiturique, aliments (obèse).

• Dépression dite « iatrogène » :

- Lorsqu'elle apparaît au cours d'une thérapeutique pharmacologique. L'imputabilité du médicament est toujours un problème délicat. Bien que rarement réunis, les meilleurs critères d'imputabilité sont :
 - l'apparition du trouble peu de temps après la prescription du médicament;
 - l'arrêt des troubles après l'arrêt du médicament;
 - l'absence de coprescription pendant la durée incriminée.

• Une place à part doit être faite à l'effet dépressogène des neuroleptiques :

Ces dépressions akinétiques sont difficiles à différencier des dépressions survenant dans la schizophrénie, précédemment étudiées. La coexistence d'un syndrome akinéto-hypertonique, d'un retrait affectif, d'un manque d'énergie, de l'absence d'idées suicidaires, sont des bons arguments en faveur d'une imprégnation neuroleptique trop importante.

L'augmentation des antiparkinsoniens de synthèse, ou la diminution des neuroleptiques, ou la prescription de carpipramine améliorent cet état.

Toutefois, un réel effet dépressogène propre aux neuroleptiques, sans l'effet « psychomoteur akinéto-hypertonique » décrit par Delay et Deniker, reste contesté par beaucoup d'études.

Une deuxième situation est représentée par le déclenchement d'un épisode dépressif récurrent endogène, ou chronique, par une pathologie organique (toutes peuvent être en cause) ou iatrogène.

6. FORMES ÉVOLUTIVES DE DÉPRESSION

Lorsque la dépression n'est pas un accident unique, et sans lendemain dans la vie du sujet, elle peut correspondre à trois modèles évolutifs :

FORMES ÉVOLUTIVES DE DÉPRESSION

- Psychose maniaco-dépressive : évolution cyclique.
- Dépression névrotico-réactionnelle : évolution variable.
- Dépression chronique : évolution chronique au-delà de 2 ans.

Cette classification n'est pas rigoureusement délimitée. En effet, certains accès mélancoliques peuvent se chroniquer.

6.1. Psychose maniaco-dépressive

6.1.1. Historique :

La « folie maniaco-dépressive » est individualisée par Kraepelin en 1899. Auparavant, de nombreux auteurs avaient lié la manie et la mélancolie dans une même affection : psychose intermittente (Ballet, 1903), psychose périodique (Allemagne), psychose à double forme [Baillarger, 1854], folie circulaire (Falret, 1851, 1854).

En 1899, puis en 1907, Kraepelin regroupe toutes ces variétés de psychose dans une affection unique : la « folie maniaco-dépressive ». Il isole aussi au sein de cette affection l'état mixte et la mélancolie d'involution.

Pour Kraepelin, la folie maniaco-dépressive est endogène, constitutionnelle et peu influencée par les facteurs psychologiques extérieurs.

En 1907, Dely et Camus introduisent le terme de psychose maniaco-dépressive (PMD) et individualisent en son sein la PMD bipolaire et la PMD unipolaire.

Récemment, Dunner et Fieve individualisent la PMD à cycles rapides (4 accès par an, résistance au lithium).

6.1.2. Clinique :

- La PMD est définie sur le plan clinique et sur le plan évolutif :
 - sur le plan clinique : successions d'accès dépressifs (à caractéristiques endogènes) — et/ou d'accès maniaques;
 - sur le plan évolutif : entre les accès, les intervalles sont libres de tout symptôme clinique thymique. Le type de récurrence dépend de la forme évolutive : PMD uni ou bipolaire.

• Accès mélancolique :

Ses principales caractéristiques ainsi que l'ensemble des formes cliniques ont été abordées dans la description des dépressions endogènes ci-dessus. Nous rappelons ici quelques caractéristiques évolutives.

— Début :

L'accès apparaît en l'espace de quelques heures, jours ou de quelques semaines.

Dans 25% des cas il succède à un événement soit négatif (deuil, séparation, blessures narcissiques : préjudice, humiliation, déception, échec), soit positif (mariage, promotion).

Parfois, il succède à une maladie somatique ou à une prescription médicamenteuse d'un médicament dépressogène.

— Évolution :

L'évolution spontanée (non traitée) d'un accès mélancolique est de 3 à 6 mois (minimum : quelques semaines, maximum : plusieurs années (mélancolie chronique)).

La guérison survient rapidement (quelques heures), le plus souvent en quelques jours avec le retour de l'appétit et du goût ... à la vie. Le sommeil se régularise en dernier lieu.

L'accès traité dure moins de trois mois.

• Accès maniaque :

Ses principales caractéristiques ainsi que l'ensemble des formes cliniques vont être abordés dans la description des accès maniaques. Nous rappelons ici quelques caractéristiques évolutives (chapitre : Trouble de l'humeur II, page...).

— Début :

Le début est brutal avec ou sans prodromes. Le plus souvent l'apparition est rapidement progressive en quelques jours.

— Évolution :

En l'absence de traitement, l'accès maniaque dure 6 à 8 mois. En premier lieu disparaît la fabulation délirante puis l'excitation, la logorrhée et enfin la dispersion de l'activité.

La normalisation du sommeil est un bon critère de guérison.

Sous traitement, l'accès dure 3 à 6 semaines.

Un virage de l'humeur dépressive sous traitement, ou spontanément, succède parfois à l'accès maniaque.

6.1.3. Évolution de la psychose maniaco-dépressive :

La psychose maniaco-dépressive est, par définition, une affection récurrente.

Devant un seul accès thymique (maniaque ou dépressif), même si l'on a des arguments qui font craindre une récurrence, on ne parle pas encore de psychose maniaco-dépressive.

ÉVOLUTIONS DE LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE

— La psychose maniaco-dépressive évolue principalement de deux façons :

• psychose maniaco-dépressive **unipolaire**, récurrence uniquement d'accès dépressifs;

• psychose maniaco-dépressive **bipolaire**, survenue successive d'accès maniaques et dépressifs ou uniquement d'accès maniaques.

D'autres formes évolutives sont décrites actuellement, comme la PMD à cycles rapides ou la dépression saisonnière récurrente. Leur appartenance à la forme uni ou bipolaire de PMD, n'est pas encore fermement définie.

De nombreux arguments épidémiologiques et cliniques permettent de différencier les formes unipolaires des bipolaires (tableau ci dessous).

	Bipolaire (BP)	Unipolaire (UP)
Sex-ratio	I	F > H
Âge de début	30 ans forme juvénile	40 ans forme d'involution
Cycles	Courts, fréquents, virage sous ADT*	Influence saisonnière
Réponse au lithium	Bonne	Mauvaise
Risque héréditaire	Important	Plus faible
Symptomatologie dépressive	Ralentissement, hypersomnie	Agitation, anxiété

*ADT : antidépresseur tricyclique.

• PMD bipolaires :

On décrit plusieurs sous-types selon la récurrence des crises.

- **PMD BP type I** : présence d'épisodes maniaques francs (susceptibles d'entraîner une hospitalisation) récurrents associés ou non à des épisodes dépressifs. Représente 1% de la population générale. Les cycles se succèdent sous la forme DMI (Dépression-Manie-Intervalle libre) ou sous la forme MDI. La forme MDI répond dans plus de 90% des cas au lithium.
- **PMD BP type II** : présence d'épisodes dépressifs récurrents associés à des périodes hypomaniaques. On retrouve fréquemment des antécédents familiaux du même type, des accès dépressifs avec hypersomnie, hyperphagie.
- **PMD BP type III** : présence d'épisodes dépressifs récurrents associés à des antécédents familiaux de bipolarité ou à un tempérament hyperthermique. Les patients de ce groupe sont plus sensibles aux thymorégulateurs que des patients unipolaires sans antécédents familiaux.

Sur la population globale des BP, on estime à 50% ceux qui ont débuté par un épisode maniaque.

• PMD unipolaires :

Les PMD unipolaires sont définies par la récurrence d'accès uniquement dépressifs chez des patients indemnes de tout accès maniaque, hypomaniaque, y compris dans leurs antécédents familiaux, (sinon ils sont considérés comme BP I, II ou III).

- Un certain nombre de facteurs prédictifs permettent, devant un accès dépressif, de craindre une évolution vers la bipolarité :
 - . début du trouble avant 25 ans;
 - . début du trouble dans le post-partum;
 - . mélancolie de type délirante, stuporeuse, confuse;
 - . séméiologie de l'accès associant « hypersomnie-ralentissement »;
 - . transmission familiale multigénérationnelle continue de dépression;
 - . antécédents familiaux de bipolarité;
 - . virage maniaque sous antidépresseurs (prédictivité dans 100% des cas !).

On estime à 15%, les unipolaires, initialement classés comme tels et qui évoluent vers la bipolarité.

• PMD à cycles rapides :

- La PMD à cycles rapides est définie par la survenue, au cours de l'année, d'au moins 4 épisodes dysthymiques (maniaque, hypomaniaque ou dépressif). Cette forme évolutive répond mal à la prévention par le lithium et est plus souvent bipolaire.
- Son traitement fait appel à d'autres thyma-régulateurs comme la carbamazépine ou la sismothérapie d'entretien. En effet, ces thérapeutiques permettent d'éviter les antidépresseurs ou les neuroleptiques, accusés de favoriser les virages de l'humeur respectivement vers l'accès maniaque et vers l'accès dépressif.
- Les facteurs susceptibles de faciliter cette évolution sont :
 - . l'utilisation d'antidépresseurs tricycliques¹ ou d'IMAO non sélectifs;
 - . le sevrage brutal aux antidépresseurs;
 - . l'hypothyroïdie;
 - . la grossesse, le post-partum, la ménopause;
 - . l'association à une affection neurologique (sclérose en plaques, démence sénile).
- Ils sont donc, dans la mesure du possible, à corriger.

• Dépression saisonnière :

La dépression saisonnière est définie par sa périodicité et sa symptomatologie.

Les périodes dépressives sont automnales ou hivernales. Les périodes maniaques ou euthymiques (spontanées) surviennent au printemps ou en été.

1. Le PRAGMAREL® donne rarement un virage maniaque au cours de son utilisation dans les accès dépressifs.

La symptomatologie est celle d'une dépression d'intensité moyenne, présentant, comme signes évocateurs (1) une hyperphagie à dominance sucrée et (2) une hypersomnie. L'anxiété est souvent présente.

Le type évolutif correspondrait à la PMD bipolaire (type II plus fréquent que type I).

Le sex-ratio est en faveur de la femme : 86% des dépressions saisonnières.

L'âge de début est précoce et se situe vers 23 ans.

Une nette amélioration, voire la guérison de la dépression pendant la période estivale, a conduit à proposer une thérapeutique par exposition à la lumière (photothérapie) pendant la période hivernale.

6.2. Dépressions chroniques

– Les dépressions chroniques sont définies par :

- un critère de durée supérieure à deux ans;
- un critère symptomatologique : persistance d'un tableau dépressif vérifié à plusieurs reprises ou entraînant une altération sociale ou professionnelle.

- D'après les statistiques, 15% à 20% des épisodes dépressifs évoluent vers une chronicité.
- Le concept lui-même de dépression chronique est peu spécifique et toujours périodiquement remis en cause pour trois raisons principales :
 - pour certains auteurs le concept d'accès dépressif renvoie à celui de guérison, spontanée ou non, et la notion de guérison est subjective, culturelle;
 - le critère de résistance au traitement¹ n'est ni explicité ni exclu par la définition;
 - l'imbrication de traits dépressifs et de traits de personnalité rend difficile la différenciation entre un état pathologique dépressif et un style de vie particulier qui renvoie plus à la personnalité du patient et aux modalités défensives en rapport avec cette personnalité.
- Actuellement, le concept de dysthymie essaie de rendre compte de cette dualité.

DYSTHYMIE

– La dysthymie inclut :

- une symptomatologie dépressive persistante, ou intermittente, d'au moins deux ans;
- une intensité sub-syndromique (juste en dessous d'un accès dépressif majeur);
- l'absence de virage maniaque ou hypomaniaque.

6.3. Dépression névrotico-réactionnelle

L'évolution des dépressions psychogènes est variable, fonction des événements de vie, rencontrés par le patient. Tout événement ayant une résonance particulière avec le traumatisme initial peut réactiver les difficultés de l'élaboration du conflit intrapsychique et entraîner une décompensation des opérations mentales défensives sur un mode dépressif.

La dépression névrotico-réactionnelle est moins sensible aux traitements antidépresseurs et semble une indication préférentielle d'une prise en charge psychothérapique au long cours.

7. THÉORIES DES ÉTATS DÉPRESSIFS

Actuellement, aucune théorie ne peut rendre compte à elle seule de l'étiopathogénie de la dépression. On ne peut affirmer aucun lien de causalité entre les différents facteurs déclenchants ou prédisposants (événementiels, biochimiques, psychologiques) et la dépression.

Ainsi la dépression représente-t-elle plutôt une sorte de voie finale commune où les étiologies différentes aboutissent.

1. On appelle dépression résistante une dépression ne présentant pas, ou peu, d'amélioration après un traitement antidépresseur bien conduit (posologie et durée suffisantes). Certaines formes de dysthymie présentent cette caractéristique.

Une fois la dépression déclenchée, sa prise en charge sera avant tout chimiothérapique. Dans un second temps, d'autres approches pourront prendre place, qu'elles soient psychothérapiques ou cognitives.

7.1. Théories monoaminergiques

En effet, la découverte d'une molécule efficace sur le plan clinique et induisant des modifications biochimiques centrales (les psychotropes agissent au niveau mésencéphalique) a renforcé l'idée d'une perturbation biologique concomitante (primaire ou secondaire) au cours des dépressions.

Le modèle de dépression, issu de ces travaux, n'a pourtant pas la prétention d'être étiologique.

Actuellement, aucune anomalie biologique n'est impliquée d'une façon causale dans le déclenchement des troubles de l'humeur. Le modèle utilisé est encore largement descriptif et classificatoire.

Les monoamines représentent 1% des neurotransmetteurs du système nerveux central (système GABA : 40% et système glutaminergique : 30%).

Tous les antidépresseurs, quels que soient leurs mécanismes d'action, activent les récepteurs adrénergiques et/ou sérotoninergiques et/ou dopaminergiques et ainsi corrigeraient une anomalie biologique caractéristique de la dépression.

L'une des premières hypothèses avancées a été celle d'un déficit absolu ou relatif en monoamines.

En effet, les antidépresseurs tricycliques, par inhibition de la recapture de noradrénaline et de sérotonine, ou les IMAO, par inhibition de la dégradation des trois monoamines (noradrénaline, sérotonine et dopamine) entraînent une augmentation des neurotransmetteurs au niveau de la fente synaptique.

7.2. Théories psychopathologiques des troubles de l'humeur

7.2.1. Théorie psychanalytique :

« L'angoisse de mort de la mélancolie n'admet que cette seule explication : le moi s'abandonne parce qu'il se sent haï et persécuté par le Surmoi, au lieu d'être aimé »
Freud, « Deuil et mélancolie »

Les principaux travaux concernant la dépression et la mélancolie ont été effectués à partir de l'œuvre de Freud et de son élève Karl Abraham.

Dans son texte « Deuil et mélancolie » (1917), Freud individualise trois étapes pour la détermination d'un accès mélancolique :

• Étape initiale :

Elle est représentée par l'existence d'une ambivalence ancienne pour l'objet d'amour. La haine, contenue initialement dans cette première relation d'objet, n'a jamais complètement disparu. Pour Karl Abraham, cette étape est liée à une déception, causée par la mère, concernant l'ensemble des relations liées au maternement, en particulier lors de la période orale (premier conflit d'ambivalence).

Par la suite, le choix d'objet effectué par le sujet sera essentiellement narcissique. Le défaut d'estime de soi, découlant de l'étape initiale, entraîne une relation où le sujet va s'aimer à travers l'autre, s'identifier totalement à lui, comme pour compenser cette perte narcissique initiale(=> identification narcissique).

• Étape suivante :

Elle est représentée par la perte de cet objet d'amour narcissiquement indispensable au sujet. Cette perte objectale peut être représentée par une perte d'amour (deuil, abandon) ou par le sentiment d'en être privé (blessures narcissiques : préjudice, humiliation, déception, échec).

L'abandon actuel réactive les situations d'abandon, de carences anciennes et libère l'agressivité contre l'objet d'amour perdu.

• Dernière étape :

Elle concerne le destin de cette libido, de ce sentiment agressif.

L'objet n'étant plus présent, la haine va se retourner sur le moi (contre le moi) du sujet. Le moi est donc clivé en deux : le moi et le moi identifié à l'objet perdu. Cette dernière partie va donc subir toutes les attaques du moi et sur-

tout, des instances critiques du moi (conflit entre moi et surmoi => satisfaction des tendances sadiques et haineuses). L'auto-accusation, la perte de l'estime de soi relèvent de ce mécanisme. Le patient peut se tuer car il se traite comme l'objet haï : « le moi peut se tuer lorsqu'il peut, par le retour de l'investissement d'objet, se traiter lui-même comme l'objet » (Freud). Le moi se retrouve vaincu par l'objet. Toutefois, malgré la richesse des théories analytiques sur la dépression ou sur la mélancolie, l'approche psychothérapeutique reste surtout efficace dans les dépressions psychogènes, ou peut permettre un meilleur vécu (adhésion du patient à la thérapeutique, insertion socio-familiale) dans les intervalles libres de l'évolution d'une PMD.

7.2.2. Théories cognitives :

L'approche cognitive des troubles psychiatriques représente l'ensemble des processus et expériences par lesquels un sujet acquiert des informations (assomptions ou schémas comportementaux) sur lui-même et sur le monde, et les assimile pour organiser sa perception du monde et son comportement.

L'irrationalité d'une telle démarche cognitive n'est pas critiquée par le patient. L'un des buts de la **thérapie cognitive** consiste en la prise de conscience de ces processus cognitifs irrationnels, rigides et extrêmes, que sont les **interférences arbitraires**, les abstractions sélectives, les généralisations abusives, les sur- et sous-estimations inadéquates et la personnalisation excessive des événements défavorables.

8. TRAITEMENT DES DÉPRESSIONS

Toute dépression doit être traitée. Il n'existe pas de « petite dépression ».

Il est important de s'assurer, avant de commencer le traitement, qu'il n'existe pas de pathologie organique sous-jacente.

- L'hospitalisation est parfois nécessaire, au besoin par H.D.T, lorsque :
 - . le risque suicidaire est important (voir chapitre spécial);
 - . le tableau présente un risque vital équivalent (anorexie totale);
 - . lorsqu'il existe un terrain endogène (dépression mélancolique délirante, stuporeuse, anxieuse, agitée);
 - . l'environnement du patient est insuffisant (isolement affectif, social (chômage, alcoolisme));
 - . lorsqu'il existe un retentissement somatique sévère (perte de poids de plus de 5 kg en un mois), lorsque l'insomnie est totale;
 - . lorsqu'il a eu un échec d'un traitement ambulatoire à doses efficaces et pendant un temps suffisant.

Dans les autres cas, le traitement est débuté en ambulatoire, au rythme d'une consultation hebdomadaire, dans un premier temps.

8.1. Dépression non endogène, dépression mineure

L'hospitalisation est à éviter si possible, car elle représente un facteur de chronicisation, de régression.

8.1.1. Choix de l'antidépresseur :

Ce choix est fonction de :

- La symptomatologie :
 - . pôle anxieux,
 - . prédominance du ralentissement,
 - . profondeur de la dépression.
- Des contre-indications aux tricycliques.
- Des échecs ou des succès aux traitements antérieurs (type, dose, durée, effets).

Sur le plan de l'efficacité, les antidépresseurs tricycliques (ADT), les IMAO et la sismothérapie, restent les thérapeutiques de référence. Toutefois, certains IRS (EFFEXOR®) ont la même indication d'AMM que les tricycliques dans les épisodes dépressifs mélancoliques.

• Exemple de schéma thérapeutique :

- ADT type mixte de référence (ANAFRANIL®), sédatif (LAROXYL®), ou stimulant (TOFRANIL®) (Tableau : antidépresseurs tricycliques).
Exemple : ANAFRANIL® [Clomipramine] cp à 25 mg : 1 cp par jour, puis augmentation progressive de 25 mg/j (prise matinale ou le soir si effet sédatif marqué).
- La dose totale est à évaluer selon le patient (25 mg à 200 mg), sa tolérance, sa symptomatologie.
- On associe parfois un neuroleptique sédatif en raison de l'anxiété sous-jacente et de la levée de la désinhibition (7°-10° j.)
Exemple : NOZINAN® cp 25 mg : 1 cp le soir.

• Autre exemple :

- S'il existe une contre-indication des ADT, en particulier : glaucome à angle fermé ou obstacle prostatique ou une intolérance aux ADT, on choisit l'antidépresseur selon ses propriétés pharmaco-cliniques (Tableau : choix de l'antidépresseur non tricyclique). Parfois, un antidépresseur non tricyclique est choisi en première intention.
- Exemples :
 - Dépression avec pôle anxieux important, impulsif :
 - IRS,
 - ATHYMIL®.
 Il faut éviter les benzodiazépines dans ces formes agitées et impulsives : risque de désinhibition.
 - Dépression très ralentie, anesthésie affective : antidépresseur « psychotonique », stimulant :
 - VIVALAN®,
 - IMAO sélectif : HUMORYL® gélules 200 mg, MOCLAMINE® 150 mg,
 - IMAO non sélectif : MARSILID®, en particulier en cas d'échec des tricycliques, dépressions résistantes phobiques.
 - Dépression avec des crises d'angoisse fréquentes, hypersomnie, hyperphagie (dépression atypiques des Anglo-Saxons) ; ou dépression névrotique à expression phobo-obsessionnelle ou psychasthénique :
 - IMAO sélectif : HUMORYL® gélules 200 mg : 3 prises/jour aux repas,
 - IMAO non sélectif : MARSILID®.
 - Dépressions masquées :
 - Antidépresseurs sédatifs.
 - Dépressions au cours des psychoses chroniques :
 - Antidépresseurs sédatifs tricycliques (LAROXYL®) ou non.

8.1.2. Durée du traitement antidépresseur :

Il n'existe pas de règle absolue. Il semble qu'un an de traitement au moins soit une nécessité, afin de minimiser les risques de rechute. Par la suite, il faut diminuer progressivement le traitement (exemple 25 mg/15 j pour les ADT). Après l'arrêt du traitement, une surveillance doit être poursuivie pendant 6 à 12 mois. La diminution se fait au rythme de la symptomatologie de l'individu et de la tolérance au traitement. Il est important d'informer le patient du délai d'action des antidépresseurs : 15 à 20 jours.

8.1.3. Psychothérapie :

Dans les dépressions non endogènes, elle est essentielle, systématique.

La psychothérapie est délicate, longue et difficile. Il est parfois nécessaire d'intervenir au niveau de l'entourage, de la situation professionnelle.

8.2. Dépression psychogène majeure, accès mélancolique

8.2.1. Chimiothérapie

• Antidépresseurs tricycliques (ADT) :

Ils restent actuellement le traitement chimiothérapeutique de référence (Tableau). Toutefois, les nouveaux antidépresseurs IRS et noradrénergiques auraient une efficacité comparable.

Exemple : EFFEXOR® 75 mg en 2 à 3 prises avec augmentation de 25 mg jusqu'à 225 mg ou 375 mg en milieu hospitalier.

Contre-indications : cf. encadré.

Éviter l'association avec les barbituriques, l'alcool, les antiparkinsoniens.

— Conduite de la cure :

• ANAfranil® amp. 25 mg :

- J1 : 1 amp dans 250 cc de G5% à passer en 2 à 4 h le matin,
- J2 : 2 amp dans 250 cc de G5% à passer en 2 à 4 h le matin, augmentation par paliers de 25 mg jusqu'à une dose totale de 100 à 200 mg/j.

La voie IV permet le nursing et la surveillance. L'efficacité pharmacologique est identique à celle per os.

En cas d'anxiété importante, on associe un neuroleptique sédatif (NOZINAN®, 50 mg/j).

ANTIDÉPRESSEURS TRICYCLIQUES (ADT)

Contre-indications absolues :

- Glaucome à angle fermé.
- Obstacle prostatique.
- Grossesse (premier trimestre), allaitement.
- Cardiaques : insuffisances, arythmie, bloc auriculo-ventriculaire, I.O.M. récent.
- Association aux IMAO non sélectifs et sélectifs : début d'un ADT 15 jours après l'arrêt de l'IMAO.

1. ADT « psychotoniques », « stimulants » :

- IOFRANIL® (Imipramine); cp 25, 10 mg (ns); Amp 25 mg (IM) :
 . attaque : 150 à 200 mg/j;
 . entretien : 25 à 75 mg/j
- PERTOFRAN® (Désipramine); cp 25 mg (ns), Amp 25 mg (IM) :
 . attaque : 50 à 200 mg;
 . entretien : 25 à 75 mg
- KINUPRIL® (Dénupromine); cp 2,5 mg (ns) et 7,5 mg (ns); Amp 2,5 mg (IV) :
 . attaque : 15 mg;
 . entretien : 7,5 à 15 mg

2. ADT « mixtes » :

- ANAfranil® (Clomipramine) cp 75 mg (s), 25 mg (ns) et 10 mg (ns); Amp 25 mg (IM/IV) :
 . attaque : 150 à 200 mg/j;
 . entretien : 24 à 75 mg/j.
- PROTHADEN® (Doxépina); cp 75 mg (ns), 25 mg (ns) :
 . attaque : 75 mg la soir à 150 mg en 2 prises;
 . entretien : 25 à 250 mg.
- DÉFARIN® (Amoxépine); cp 50 (s) et 100 mg (s); Sol (1 ml = 50 mg) :
 . attaque : 250 mg à 400 mg;
 . entretien : 100 à 250 mg.

3. ADT « sédatifs » :

- LAROXYL® (Amitriptiline); cp 25 (ns), 50 (ns) et 100 mg (ns); Sol (1 gte = 1 mg); Amp. 50 mg (IM/IV)
 . attaque 150 à 200 mg;
 . entretien : 50 à 100 mg.
- QUITAXON® (Doxépine); cp 10 mg (s) et 50 mg (s); Sol; Amp 25 mg (IM/IV). I.V. à l'hôpital uniquement :
 . attaque 150 à 300 mg;
 . entretien : 10 à 100 mg.
- SURMONJIL® (Trimipramine); cp 25 (s) et 100 mg (s); Sol; Amp. 25 mg (IM)
 . attaque 150 à 250 mg;
 . entretien : 100 à 250 mg.

(ns) : non sécrétable; (s) : sécrétable.

ANTIDÉPRESSEURS NON TRICYCLIQUES

1. Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine :

- Contre-indications :
 - . pas de contre-indications cardiaques, oculaires ou prostatiques;
 - . grossesse, allaitement;
 - . précautions chez l'insuffisant rénal, hépatique, IMAO non sélectifs.
- Propriétés : sérotoninergique, composante anxiolytique, « anti-impulsive », pas de prises de poids.
- FLOXYFRAL® (Fluvoxamine) cp 50 mg, 100 mg (s) :
 - . posologie = 100 à 300 mg/j, le soir ou midi et soir.
- PROZAC® (Fluoxétine) gel 20 mg.
- DEROXAT® (Paroxétine) cp 20 mg (s) :
 - . Posologie : 20 mg à 60 mg/j le matin.
- ZOLOFT® (sertraline) gel 50 mg :
 - . posologie : 50 à 200 mg/j matin ou soir.
- SEROPRAM® (Citalopram) cp 20 mg (s), amp. 20 mg, amp. 40 mg :
 - . posologie : 20 à 60 mg matin ou soir.

2. IRS et noradrénergique :

- IXEL® (Miansipram) gel 25, 50 mg :
 - . posologie : 100 mg/j en 2 prises.
- EFFEXOR® (Venlafaxine) cp 25 (s), 50 (s) et LP 37,5 mg :
 - . posologie : 150 mg/j en 2 prises à 3 pendant les repas,
 - . augmentation par paliers de 2 à 3 j jusqu'à 50-225 mg/j;
 - . à l'hôpital jusqu'à 375 mg/j;
 - . forme LP : 1 seule prise : 75 à 225 mg/j le matin.

3. Sérotoninergiques et noradrénergiques :

- MORSET® (Mirtazapine) cp 15 mg :
 - . blocage des récepteurs adrénergiques et sérotoninergiques α_2 ;
 - . augmentation sérotoninergiques pour les récepteurs 5-HT₁;
 - . posologie : 15 à 45 mg en 1 prise le soir ou en 2 prises/j.

4. Antidépresseurs non IMAO, non tricycliques

A. Antidépresseurs anxiolytiques :

- Miansérine (ATHYMIL®) cp 10, 30 et 60 mg :
 - . Posologie : 30 à 90 mg/j en 2 prises midi et soir ou soir uniquement;
 - . contre-indications : grossesse, allaitement, IMAO;
 - . action : blocage des récepteurs présynaptiques α_2 .
- Maprotiline (LUDOMIL®) cp 25 (s) et 75 mg (s), Sol, Amp 25 mg :
 - . posologie : 50 à 150 mg/j;
 - . contre-indications : glaucome à angle fermé, adénome prostatique; IMAO; grossesse, allaitement;
 - . action : semblable à celle des tricycliques.
- Trazodone (PRAGMAREL®) cp 25 et 100 mg, Sol, Amp 25 mg :
 - . posologie : 200 à 600 mg/j;
 - . contre indications :
 - grossesse (premier trimestre), allaitement,
 - IMAO (délai de 15 jours).
 - . action : inhibition du recaptage de la sérotonine; antagoniste noradrénergique α_1 et α_2 .
- Lianeptine (STABLON®) cp 12,5 mg :
 - . posologie : 25 à 50 mg;
 - . contre indications : grossesse (premier trimestre), allaitement; IMAO (délai de 15 jours);
 - . action : augmentation du recaptage de la sérotonine.

B. Antidépresseurs psychotoniques stimulants :

- Viloxazine (VIVALAN®) cp 100 mg (s), ampoules 100 mg :
 - . posologie : 200 à 700 mg/j matin et midi;
 - . contre-indications : grossesse;
 - . action : le moins épiléptogène des antidépresseurs; noradrénergique par inhibition du recaptage de la noradrénaline; action β -stimulante.
- (ns) : non sécrable; (s) : sécrable.

SURVEILLANCE ET PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES DES TRICYCLIQUES

Psychiques :

- Insomnie : IMOVANE[®], STILNOX[®] 1 cp le soir si besoin ou LEXOMIL[®] 1/2 cp le soir.
- Anxiété/désinhibition : neuroleptique sédatif ou antidépresseur sédatif.
- Syndrome confusionnel : baisser la posologie, contrôle des taux sanguins de l'ADT.
- Virage maniaque (9% de virage) : baisse ou arrêt de l'antidépresseur, mise sous lithium et/ou neuroleptique sédatif.
- Délire : baisse ou arrêt de l'antidépresseur, neuroleptique sédatif, antidépresseur sédatif.

Somatiques :

- Hypotension orthostatique :
 - . di-hydroergotamine : xxx gouttes x 3/j;
 - . ou YOHIMBINE[®] 2 mg : 1 cp x 3/j (arrêt en cas d'H.T.A.);
 - . plutôt attitude préventive : ne pas se lever brusquement, s'asseoir sur le bord du lit avant de se lever.
- Constipation : huile de paraffine : 1 c. à soupe x 3/j.
- Tremblement, dysarthrie : ATRIUM[®], AVLOCARDYL[®].
- Trouble de l'accommodation : régressif à l'arrêt du traitement.
- Dysurie, rétention aiguë d'urine : URO-ALPHA[®] : 1 à 2 ampoules.
- Sécheresse buccale : boissons fréquentes, SULFARLEN[®] 25 : 1 cp x 3/j.
- Crise convulsive : mise en route ou augmentation d'un traitement antiepileptique; EEG à J1 et J7.

- Si contre-indications aux tricycliques :

- . soit sismothérapie (cf. infra);
- . soit EFFEXOR[®] (cf. supra) per os,
- . soit SÉROPRAM[®] injectable en perfusion;
- . soit VIVALAN[®] (Viloxazine, bicyclique) :
 - . perfusion VIVALAN[®] amp. 100 mg (ou cp) : 1 amp/j, puis augmentation progressive jusqu'à 300 à 400 mg [parfois 700 mg].

- Si le danger suicidaire est trop important : sismothérapie.

- Conduite du traitement au long cours par tricycliques :

Les perfusions sont faites pendant 15 jours à 3 semaines (date de l'effet thérapeutique), par la suite, le relais per os, aux mêmes doses, est continué pendant 2 mois. On diminue de 25 mg/mois jusqu'à trouver la dose minimale efficace (50 à 200 mg) pendant 1 à 2 ans.

Si la symptomatologie réapparaît, il faut reprendre rapidement la posologie antérieure.

ANTIDÉPRESSEURS TYPE IMAO

IMAO sélectifs :

- Contre-indications :
 - . état maniaque, délirant, grossesse, allaitement.
- Propriétés :
 - . IMAO sélectif type A, sérotoninergique, noradrénergique psychotonique;
 - . posologie : 400 à 800 mg/j.
- Toloxatone (HUMORYL[®]). Gélule 200 mg :
 - . Moclobémide (MOCLAMINE[®]) cp 150 mg (s)
 - . posologie : 300 à 450 mg (à 600 mg) en 2 à 3 prises avant 17 h.

IMAO non-sélectif :

Iproniazide (MARSILID[®]), Comp. à 50 mg :

- Contre-indications :
 - . Insuffisance hépatique (alcoolique), phéochromocytome, H3A, antécédents d'AVC.
 - . Associations médicamenteuses et alimentaires contre-indiquées :
 - . antidépresseurs tricycliques (IMAO, puis bicycliques : intervalle de 15 jours après l'arrêt des IMAO; tricycliques puis IMAO : intervalle de 3 jours après l'arrêt des IMAO);
 - . dérivés adrénalinés : vasoconstricteurs nasaux, anesthésiques locaux adrénalinés (chez le dentiste en particulier, utilisation possible de la xylocaïne ou lidocaïne pure : (risque de crises hypertensives));
 - . β-bloquants, méthyl-dopa, clonidine, dihydralazine, vérapamil : (risque d'hypotension brutale);
 - . amphétamines, morphiniques, barbituriques;
 - . aliments riches en tyramine ou en tryptophane : tous les fromages, poissons crus (saumon fumé, hareng de la Baltique, caviar d'esturgeon ou de saumon), viandes fermentées, bananes, chocolat en excès, bières, vin rouge pour certains (risque de crises hypertensives), fèves, abats de volaille.
- Propriétés :
 - . IMAO non sélectif. Seul antidépresseur à être à la fois dopaminergique, noradrénergique et sérotoninergique;
 - . très psychotonique;
 - . pas d'action atropinique. Peu d'effets secondaires.
- Présentation - posologie :
 - . début très progressif : attaque : 50 à 150 mg;
 - . entretien : 1 à 2 cp tous les jours ou 2 jours.
- Précautions d'emploi :
 - . remettre une carte précisant les modalités du traitement (à présenter lors de toute intervention chirurgicale) et une liste de tous les aliments et les médicaments présentant une contre-indication;
 - . ne pas traiter d'emblée l'hypotension artérielle du début du traitement (danger d'HTA);
 - . en cas d'épisode occidiental d'HTA paroxysmique : LARGACTIL[®] 250 mg per os ou IM.

(ms) : non sélectif; (s) : sélectif.

L'arrêt définitif est effectué après diminution très progressive (25 mg/3 mois) après 1 à 2 ans de traitement.

Accès mélancolique anxieux, agitation :

- Sismothérapie d'emblée.
- Ou bien :
- NOZINAN® amp. 25 mg : x 2 puis 1 amp/4 h;
- et dans une 2ème temps : LAROXYL® : même schéma thérapeutique que l'ANAFRANIL®.

Accès mélancolique délirant :

- Sismothérapie d'emblée (syndrome de Catard) ou dans un 2ème temps.
- Soit association antidépresseur tricyclique et neuroleptique type LARGACTIL®, HALDOX®.

État mixte (maniaque et mélancolique) :

- Arrêt progressif des antidépresseurs.
- Passage à un neuroleptique sédatif (NOZINAN®).
- Débuter un thymo-régulateur en monothérapie LITHIUM® (cf. infra).

Dépression masquée :

- Antidépresseur sédatif.

CONDUITE À TENIR EN CAS D'ÉCHEC D'UN TRAITEMENT PAR TRICYCLIQUE

- **Ne changer de traitement :**
 - qu'après la 4ème semaine de traitement à posologie suffisante;
 - qu'après contrôle des dosages plasmatiques;
 - qu'après élimination des médicaments dépressogènes;
 - qu'après élimination d'une prise chronique d'alcool;
 - qu'après élimination d'une étiologie organique (parkinson, hypothyroïdie, diabète, syndrome cortico-surrénale, etc.).
- **Plusieurs possibilités :**
 - augmentation des doses de tricyclique (250 à 300 mg sous surveillance ECG);
 - changement de tricyclique;
 - association d'antidépresseur de mécanisme d'action biochimique complémentaire;
 - changement de classe pharmacologique (IMAO);
 - potentialisation par lithium;
 - sismothérapie.

8.2.2. Sismothérapie (ECT = ElectroConvulsivoThérapie) :

• **Indications :**

- D'emblée :
 - mélancolie très anxieuse, très suicidaire ou en cas d'anorexie totale;
 - mélancolie délirante, mélancolie stuporeuse;
 - pseudo-démence dépressive;
 - antécédents de résistance aux tricycliques.
- En deuxième intention :
 - en cas de contre-indications somatiques aux tricycliques, âge avancé;
 - pseudo-démence dépressive;
 - en cas de résistance à une chimiothérapie bien conduite (au moins un à deux mois à dose efficace).

• **Contre-indications :**

- Celles de l'anesthésie générale (AG) et d'une curarisation.
- HTIC, anévrisme aortique.
- IDM récent, insuffisance cardiaque grave.
- Décollement de rétine.

- Anticoagulants, maladies emboligènes.
- IMAO : arrêt 15 jours avant l'A.G.
- Bêtabloquants : arrêt 48 h avant l'A.G.

• **Bilan pré-sismothérapie :**

- Identique à celui d'un bilan pré-anesthésie générale + EEG + FO.
- Autorisation signée d'un parent pour l'anesthésie générale.
- Suspendre les traitements par benzodiazépines (augmente le seuil convulsif) et par lithium (augmente le risque de confusion).

• **Méthodes : sismothérapie sous narcose et curarisant :**

- Injection d'un anesthésique (PENTHOTAL® : 0,25 g) et d'un curarisant (CELOCURINE® : 5 à 10 mg).
- Un choc par séance.
- 10 à 16 séances (3 séances par semaine).

Par la suite, un relais est effectué avec un antidépresseur ou par une ECT (électro-convulsivo-thérapie) d'entretien toutes les 2 à 4 semaines, si l'on a la notion de résistance aux antidépresseurs.

• **Effets secondaires :**

- Troubles amnésiques transitoires.
- Confusion post-critique, amnésie lacunaire.
- Raptus anxieux.
- Virage maniaque possible vers le 10ème jour, à surveiller.

8.2.3. Psychothérapie de soutien :

Systématiquement associée à la chimiothérapie dès la phase aiguë.

Passage après la sortie de l'accès en psychothérapie d'inspiration psychanalytique ou une autre forme de psychothérapie selon la demande, la personnalité du patient.

8.2.4. Traitement préventif par lithium (voir chapitre « Prévention de la PMD ») :

• **Indications :**

- Forme bipolaire de la PMD.
- Forme unipolaire : dès le 3ème accès dépressif.
- Schizophrénie dysthymique.
- Contre-indications au lithium : utiliser TEGRETOL® (cf. même chapitre).

8.3. Dépression secondaire

8.3.1. Dépression secondaire à un trouble organique

- Le traitement est double :
 - . traitement de l'affection causale, suppression des médicaments dépressogènes;
 - . traitement de la dépression avec un antidépresseur compatible avec l'étiologie organique sous-jacente.

8.3.2. Dépression secondaire à une affection psychiatrique :

Le traitement d'un épisode dépressif qui survient dans le cours évolutif d'une névrose, psychose, d'une conduite toxico-maniaque ou alcoolique, doit suivre les mêmes modalités que celles d'un traitement d'une dépression isolée.

8.4. Cas particuliers

8.4.1. Dépression chronique :

Le traitement est celui de tout état dépressif.

Lorsque celui-ci n'a pas été correctement effectué, il est nécessaire d'essayer un tricyclique à dose correcte et pendant une durée suffisante.

- On ne parle de **dépression résistante** :
 - qu'après la 4^{ème} semaine de traitement à posologie suffisante;
 - qu'après contrôle des dosages plasmatiques;
 - qu'après élimination des médicaments dépressogènes;
 - qu'après élimination d'une prise chronique d'alcool;
 - qu'après élimination d'une étiologie organique (parkinson, hypothyroïdie, etc.).

- Plusieurs possibilités thérapeutiques sont possibles :
 - changement de classe pharmacologique : IMAO non sélectif;
 - potentialisation par lithium, hormones thyroïdiennes ou 5HTP;
 - psychothérapie.

8.4.2. Dépression saisonnière :

Photothérapie : séances de 1 à 2 heures avec exposition à une lumière ≥ 2500 lux, pendant la période hivernale. L'efficacité se manifeste entre le 3^{ème} et le 7^{ème} jour.

8.5. Traitement préventif de la maladie bipolaire

8.5.1. Traitement par sels de lithium

• Indications :

— Préventif :

On le propose dès le 2^{ème} accès maniaque (parfois dès le 1^{er} si antécédents familiaux de PMD) si la PMD est de forme bipolaire (un accès maniaque au moins) ou dans les formes bipolaires II, ou dès le 3^{ème} accès mélancolique si la PMD est de forme unipolaire récurrente.

— En curatif :

On le propose dans l'accès maniaque (efficace en 5 à 14 jours) et dans l'état mixte après arrêt des antidépresseurs.

• Bilan pré-thérapeutique :

Il nécessite le plus souvent une hospitalisation.

L'examen clinique doit être le plus complet possible, en particulier : cardiologique, thyroïdien et neurologique.

BILAN PRÉ-LITHIUM

- Hématologique : NFS, VS, ionogramme, glycémie, calcémie.
- Néphrologique : urée, créatinine (clearance), protéinurie des 24 h, ECBU.
- Cardiaque : radio de thorax, ECG.
- Endocrinien : TSH.
- Neurologique : EEG de référence en début de traitement.
- Gynécologique : test de grossesse systématique, mise en route d'une contraception au besoin chez les femmes en âge de procréer.

• Mise en route d'un traitement par lithium :

Le but est d'atteindre une lithiémie efficace entre 0,7 à 1 mmol/L.

- TÉRALITHE® : 1 cp le matin et soir pendant trois jours.
 - J4 : dosage avant la prise matinale (12 h après la dernière prise) passage à 3 cp/j;
 - J6 : lithiémie pour adapter la posologie (dosage tous les 2 jours).
- Dose répartie en 2 prises, augmentation vespérale.

• Surveillance d'un patient sous lithium :

— Éducation du patient et de ses proches :

- Port d'une carte :
 - posologie, dates des contrôles, lithémies,
 - personnes à prévenir en cas d'urgence,
 - médecin traitant.
- Consultation dès qu'un nouveau traitement est nécessaire :
 - régime pour obésité, insuffisance cardiaque : c.i. des diurétiques, régimes hyposodés,
 - perturbations hydro-électriques : fièvre, vomissements, diarrhée, quelles que soient les origines,
 - éviter les AINS ou les corticoïdes sans varier la posologie de lithium (diminuer le lithium).

SIGNES DE SURDOSAGE EN LITHIUM

- Il faut consulter en urgence devant l'un des signes suivants :
 - céphalées, vomissements;
 - trouble de l'équilibre, vertiges;
 - diarrhées;
 - tremblement ample;
 - soif, asthénie intense;
 - dysarthrie;
 - tardivement : syndrome confusionnel.

— Surveillance médicale :

- Consultation : tous les 2 mois une fois le traitement équilibré.
- État thymique : on recherche des signes d'hypomanie ou de début de dépression.
- Effets secondaires : lors de la consultation, on examine particulièrement leur apparition :
 - poids, TA,
 - tremblements,
 - palpation de la thyroïde,
 - recherche de signes digestifs de surdosage.

— Surveillance biologique :

- Lithémie :
 - 1/semaine le 1^{er} mois, 1/mois le 1^{er} trimestre; puis 1/trimestre,
 - 12 h après la dernière prise, le matin à jeun dose efficace : 0,7 à 1 mmol/l.
- Le lithium intra-érythrocytaire doit être égal à la moitié du taux plasmatique (lithium GR/Sang \leq 0,5).
- TSH tous les 6 mois.
- Annuellement :
 - NFS, urée, créatinine, iono sang, calcémie, glycémie, protéinurie des 24 h, ECG.

EFFETS SECONDAIRES DU LITHIUM

Précoces, fréquents, bénins, réversibles :

- Digestifs : anorexie, gastralgies, nausées, selles molles;
- Tremblement, fin, intentionnel et de repos : si gênant : ATRIUM®, AYLOCARDYL®;
- Asthénie;
- Syndrome polyuro-polydipsique :
 - le patient doit boire autant qu'il perd;
 - maintien d'un apport sodé suffisant.

Lors d'un traitement prolongé :

- Prise de poids : jamais de régime sans sel ou de diurétiques.
- Hyperleucocytose.
- Baisse de la libido, de la créativité.
- Syndrome extra-pyramidal : diminuer la posologie.

Accidents :

- Hypothyroïdie, goitres :
 - ne pas interrompre la lithiothérapie;
 - mettre sous hormonothérapie, si l'hypothyroïdie est clinique et non uniquement biologique.

Intoxication aiguë :

- Il faut connaître les prodromes d'alarme (cf. supra).

CONDUITE À TENIR EN CAS DE SURDOSAGE EN LITHIUM

- Lithémie supérieure à 1,5 mmol/L à doser.
- Arrêt de l'ingestion de lithium.
- Réanimation en urgence : :
 - . si la lithémie inférieure à 3 mmol/L : diurèse osmotique alcaline;
 - . si la lithémie supérieure à 3 mmol/L : hémodialyse.
- Si l'intoxication n'est pas traitée :
 - . confusion mentale, convulsions, coma;
 - . troubles de conduction, décès.

• **Durée du traitement :**

La durée du traitement est indéfinie. Il faut avoir de bons arguments (contre-indications) pour arrêter un traitement par lithium.

On peut associer au lithium tous les antidépresseurs, y compris les IMAO.

Parfois, on l'associe à d'autres thymo-régulateurs (TÉGRÉTOL®, DÉPAMIDE®).

8.5.2. Autres thymo-régulateurs :• **Indications :**

- En cas de contre-indication ou d'intolérance au lithium.
- En cas d'inefficacité avérée du lithium (après contrôle biologique, durée du traitement suffisante (2 ans), bonne observance).
- Parfois en première intention (PMD à cycle rapide).
 - . TÉGRÉTOL® (Carbamazépine) cp 200 mg : augmentation très progressive jusqu'à 200 à 1200 mg/j.
 - . DÉPAMIDE® (Valpromide) cp 300 mg : augmentation très progressive de 300 à 1800 mg/j en 2 à 3 prises.

LITHIUM

1. Contre-indications :

- Absolues :
 - . trouble cognitif, sujet instable, tumeur cérébrale, A.V.C. récent;
 - . insuffisance rénale et hépatique sévère;
 - . insuffisance cardiaque décompensée, trouble du rythme, trouble de la conduction;
 - . hyponatrémie, dyskaliémie, régime désodé, diurétiques;
 - . grossesse : 1er trimestre (teratogène).
- Relatives :
 - . accroître la surveillance, varier les posologies;
 - . instituer un traitement spécifique;
 - . insuffisance rénale, hépatique, cardiaque : modérées;
 - . épilepsie;
 - . hypothyroïdie;
 - . corticoïdes;
 - . anti-inflammatoires non stéroïdiens (augmentation de la lithémie).

2. Présentation

- TÉRALITHE® 250 mg (s) (carbonate de lithium) :
 - . 1 cp = 250 mg = 7 mmol de lithium
- TÉRALITHE® LP 400 mg (s) forme retard :
 - . 1 cp = 11 mmol de lithium;
 - . 1 prise le soir uniquement;
 - . lithémie efficace : 0,8 à 1,2 mmol/L.
- NEUROLITHIUM® (gluconate de lithium) :
 - . amp. buv. 5 ml = 1 g = 5 mmol de lithium;
 - . amp. buv. 10 ml = 2 g = 10 mmol de lithium.
- Augmentation progressive pour obtenir une lithémie efficace :
 - . 0,7 à 1 mmol/L;
 - . 2 prises/j pour Téralithe et Nerolithium.

TÉGRÉTOL® (CARMABAZÉPINE)**1. Contre-indications**

- . BAV, glaucome par fermeture de l'angle;
- . adénome de la prostate;
- . grossesse;
- . insuffisance hépatique sévère;
- . attention : inducteur enzymatique;
- . surveillance régulière : NFS, ECG, bilan hépatique.

2. Présentation, posologie

- TÉGRÉTOL® :
 - . cp à 200 mg (s), LP 200 et LP 400;
 - . augmentation très progressive jusqu'à 200 à 1200 mg/j.

DÉPAMIDE® (VALPROMIDE)**1. Précautions d'emploi :**

- sujet âgé, hépatopathie.
- alcool.
- association déconseillée au TÉGRÉTOL®.

2. Présentation – posologie :

- cp 300 mg (rs).
- Accès maniaque :
 - . initial : 4 à 6 cp/j;
 - . entretien : 2 à 4 cp/j.
- Thyro-régulateur :
 - . 2 à 4 cp/j.

Troubles de l'humeur :

II – État maniaque

« On appelle classiquement « manie » un état d'excitation psychique caractérisé par l'exaltation de l'humeur et du ton affectif, l'agitation motrice et une extrême volatilité de la vie psychique. Cet état s'accompagne de symptômes physiques qui témoignent du désordre des fonctions organiques et neurovégétatives et qui peuvent être considérés comme l'expression somatique de l'expression maniaque. »

H. Ey, Étude n° 21

L'accès maniaque dans sa forme typique est l'image en miroir de la mélancolie (Tableau). L'exaltation remplace la dépression de l'humeur, l'excitation remplace le ralentissement, la fuite des idées remplace le ralentissement psychique et l'hyperphagie remplace l'anorexie. Malgré des caractéristiques cliniques différentes l'insomnie se retrouve dans les deux tableaux ainsi que l'hyperréactivité affective et la labilité émotionnelle.

Tableau : Différences cliniques entre dépression et manie

	DÉPRESSION	MANIE
Humeur	dépressive pessimisme douleur morale émoussement affectif inhibition culpabilité	exaltée hyperhédonie euphorie hypersyntonie expansivité mégalomanie
Cognition	bradypsychie monodéisme pauvreté de la pensée	tachypsychie fuite des idées richesse associative
Motricité	ralentissement, stupeur fatigue	excitation, agitation infatigabilité
Somatique	perte du désir sexuel anorexie	hypersexualité hyperphagie

1. SIGNES DE DÉBUT DE L'ÉTAT MANIAQUE

- Le début est brutal avec ou sans prodromes. Le plus souvent l'apparition est rapidement progressive en quelques jours, précédée de signes prodromiques évocateurs :
 - . premier signe à apparaître : insomnie initiale, sans fatigue;
 - . sub-excitation intellectuelle : projets optimistes, curieux, achats excessifs, inutiles;
 - . désinhibition, transgression, extravagance vestimentaire, impudeur;
 - . chants, cris;
 - . activité épistolaire, graphorée.
 - . alcoolisme, hyperphagie, sitiophilie;

- . intolérance à la contradiction, cynisme;
- . motricité : décision de « tout ranger, tout repeindre, tout nettoyer », agitation chaotique.

Souvent, pour un même patient, le premier symptôme à apparaître lors des récives est toujours le même. On parle alors de « signal-symptôme ». Sa reconnaissance précoce par le patient, son entourage ou le clinicien doit permettre d'instaurer la thérapeutique dans les meilleurs délais; en particulier d'arrêter les antidépresseurs en cas de virage de l'humeur.

2. PHASE D'ÉTAT DE L'ACCÈS MANIAQUE

L'état maniaque typique est de diagnostic facile. La présentation, le contact et la tétrade symptomatique sont caractéristiques. Une fois le diagnostic fait, le plus dur reste à faire : la collaboration thérapeutique. Malgré une conscience partielle de son trouble, l'état de bien-être absolu du patient rend particulièrement difficile l'acceptation d'un « traitement » : « Pourquoi me soigner ? Je vais parfaitement bien, je ne me suis jamais senti aussi bien ! Et vous Docteur ! vous me paraissez un peu livide ! »

L'hospitalisation en service fermé est parfois nécessaire et la mesure de protection des biens d'urgence quasi-systématique (sauvegarde de justice).

ÉTAT MANIAQUE

- **Présentation :**
 - . débraillée, extravagante;
 - . hypermimie, maniérisme;
 - . grimaces : colère, peur, dégoût, passion.
- **Contact :**
 - . hypersyntaxe, familier, ironique;
 - . agressif, houleux, hargneux;
 - . jovial, coléreux, érotique.
- **Exaltation de l'humeur :**
 - . euphorie expansive;
 - . versatilité de l'humeur.
- **Altération cognitive :**
 - . dispersion de l'attention;
 - . accélération du cours de la pensée;
 - . exaltation imaginative.
- **Excitation psychomotrice.**
- **Troubles somatiques :**
 - . insomnie sans fatigue;
 - . hyperphagie, dipsomanie, amaigrissement;
 - . hypersexualité, hypergénésie.

2.1. Présentation

La tenue est extravagante, impudique ou débraillée. La mimique est agitée, expressive, changeante (**hypermimie**). Le patient a du mal à rester en place, il se lève sans cesse de sa chaise, déambule. Son agitation est incessante et brouillonne, sans objet. Le langage est logorrhéique joyeux mais parfois ironique, voire agressif. La labilité émotionnelle du maniaque se perçoit déjà : aux chants succède les cris, à la familiarité succèdent la causticité, aux rires succèdent les larmes.

Rarement, le patient se présente sous la forme d'un « mutisme sthénique » : le visage est fermé, contracté, le patient n'ouvre plus la bouche. Mais son regard laisse transparaître la malice, l'enjouement ou tout simplement le ludisme qu'une telle attitude peut avoir sur l'entourage !

2.2. Contact

Le contact est **hypersyntone**, familier, voire ludique. L'hypersyntonie met le patient en accord étroit avec l'ambiance. Il ressent, avec parfois une étonnante lucidité, une compréhension immédiate, « hyperempathique » de son entourage. Ainsi, ses remarques ou ses critiques peuvent être d'autant plus désagréables qu'elles tombent juste !

2.3. Exaltation de l'humeur

2.3.1. Euphorie expansive :

Le patient est heureux de vivre dans un monde si beau, il voit le bonheur partout autour de lui, en lui (**hyperthédonie**). Cet optimisme n'a pas de limite, il peut tout entreprendre, tout réussir.

2.3.2. Versatilité de l'humeur :

On observe souvent une **labilité thymique** importante. Les larmes succèdent aux rires, le découragement à l'insouciance et l'agressivité à la générosité. Cette hyperesthésie affective est comparable à celle observée dans la dépression. Ces périodes de labilités thymiques, voire d'irritabilité, ne durent que peu de temps.

2.4. Altération cognitive

La rapidité et la démesure intellectuelle dominent la pensée du maniaque.

2.4.1. Dispersion de l'attention :

L'attention est superficielle, mobile, le patient ne peut la fixer, même volontairement, sur aucune tâche précise. L'hypervigilance, l'hypersensibilité aux sons, aux bruits, à la lumière empêchent toute concentration sur une idée précise.

2.4.2. Accélération du cours de la pensée :

« Le terme ultime de cette régression, c'est le moment où le langage cesse d'être un moyen pour devenir une sorte de fin, de jeu ou service de la joie existentielle. »

H. Ey, Étude N° 21

L'accélération du cours de la pensée (**tachypsychie**) porte aussi bien sur le contenu que sur la forme du discours. Au niveau de la forme, les idées se suivent à toute vitesse, sans qu'un raisonnement ne puisse être mené jusqu'à son terme (**aprosodie**). Le patient est logorrhéique voire graphorrhéique. Les associations entre les idées sont superficielles, à la limite de la cohérence. La logique des associations reste le plus souvent compréhensible : rimes, assonances, jeux de mots; parfois, la multiplicité des automatismes verbaux (slogans, proverbes, ré citations), des truismes ou d'idées toutes faites énoncées les unes à la suite des autres rend plus ou moins compréhensible son discours. De la même façon, le discours peut être entrecoupé de chants, de vociférations, de cris, d'incantations, de locutions étrangères.

Au niveau du contenu, la richesse des idées énoncées n'est qu'apparente. Comme le disait Kraepelin : « Le jaillissement des pensées n'est nullement richesse d'idées, mais de mots ». Le contenu des idées est dominé par une thématique d'exaltation imaginative démesurée.

2.4.3. Exaltation imaginative :

« Le monde et le moi sont ici également fluctuants, et qu'il s'agisse de cette forme d'optimisme que nous observons dans le surmenage, le rêve, ou dans la manie, tout y paraît possible, s'effaçant la distinction entre la réalité et l'imagination. L'une et l'autre se confondent. »

H. Ey, Étude N° 21

L'imagination du patient n'a pas de limite : « the sky is the limit » nous dit-il d'un air entendu. Ses projets sont grandioses, altruistes, prestigieux. Les contraintes financières ou sociales sont balayées d'un revers de main : « Qui ne fait rien, n'a rien, voilà ma devise ». La perte de la mesure est totale, il signe des chèques à tout le monde, parfois vend tous ses biens au profit de sa vision généreuse du monde.

Comme le délire dans la mélancolie, la *thématique mégalomaniacale* est délirante « a minima », l'adhésion est partielle. Toutes les thématiques mégalomaniacales peuvent s'observer (scientifique, filiation, grandeur, mystique, mission). Le mécanisme prévalent de ce pseudo-délire est imaginatif et intuitif.

2.5. Excitation psychomotrice

L'agitation motrice est le reflet de l'excitation psychique. L'agitation est stérile, inadaptée. Le patient abandonne une tâche aussi vite qu'il l'a commencée (échec de l'intentionnalité). Il court, gesticule, trépigne, débute des grands rangements ménagers parfois expéditifs (exagération active).

Le patient ne ressent aucune fatigue, la plupart de ses projets sont donc exécutés la nuit.

2.6. Troubles somatiques

2.6.1. Atteinte instinctuelle :

L'atteinte instinctuelle se retrouve au niveau sexuel, alimentaire (orale) et du sommeil.

Sur le plan oral, le patient présente une **hyperoxie alimentaire** : sitiophilie impulsive (consommation d'eau excessive), hyperphagie et dipsomanie (alcoolisation massive périodique). Parfois, l'hyperphagie manque : « si vous croyez que j'ai le temps de manger avec tout ce que je dois faire ». L'amaigrissement, malgré l'hyperphagie, est habituel.

Sur le plan du sommeil, l'**insomnie rebelle** et sans fatigue est la règle. Ce précieux signe somatique pour le diagnostic ne manque jamais.

Sur le plan sexuel, « la recherche frénétique du plaisir » (Abraham) est la règle. Il y a relâchement (mais non disparition) de la censure morale et éthique. L'excitation sexuelle (**hypersexualité**) domine ses propos et ses actes. On observe parfois une **hypergénésie** (conduite perverse, fétichiste, exhibitionniste). Ces troubles du comportement peuvent avoir des conséquences médico-légales (attentat à la pudeur).

2.6.2. Autres troubles somatiques :

L'hyperhidration, la déshydratation, l'hyperhidration, la tachycardie, l'hypotension artérielle ou un léger fébricule sont souvent présents. La thermorégulation est parfois perturbée : invulnérabilité au froid. Chez la femme, l'aménorrhée est fréquente.

3. ÉVOLUTION DE L'ACCÈS MANIAQUE

En l'absence de traitement, l'accès maniaque dure 6 à 8 mois. Sous traitement, l'accès dure 3 à 6 semaines. En premier, disparaît la fabulation délirante puis l'excitation, la logorrhée et enfin la dispersion de l'activité. La normalisation du sommeil est un bon critère de guérison.

Si l'accès résiste à un traitement neuroleptique à fortes doses, on propose une sismothérapie.

Les risques évolutifs sont nombreux : accident, dépenses inconsidérées, délire subaigu secondaire aux complications somatiques (déshydratation).

Un virage de l'humeur dépressive sous traitement ou spontanément succède parfois à l'accès maniaque.

4. FORMES CLINIQUES DE L'ACCÈS MANIAQUE

4.1. Manie suraiguë

L'exaltation thymique est ici dangereuse. L'agitation motrice devient fureur, rage, violence. L'exaltation imaginative est revendication de droits, affirmation orgueilleuse d'une supériorité pseudo-paranoïaque. Le retentissement sur l'état général est important.

Les principaux diagnostics différentiels sont : la fureur épileptique, l'ivresse excitomotrice et la fureur catatonique.

4.2. Accès hypomaniaque

- L'accès hypomaniaque est plus fréquent que l'accès maniaque typique depuis l'introduction des thérapeutiques prophylactiques par thymo-régulateurs (en particulier le lithium).
- On peut aussi l'observer un virage de l'humeur après traitement d'un accès mélancolique par antidépresseur.
- Le diagnostic est facile lorsque chez un patient connu, traité, apparaît une symptomatologie maniaque atténuée. Un premier accès est plus difficile à reconnaître car, moins spectaculaire qu'un accès maniaque, il peut passer inaperçu pour l'entourage du patient. Ainsi, un accès hypomaniaque non reconnu, et donc non traité, peut avoir des conséquences considérables : situation professionnelle et matérielle compromises par des décisions hâtives et des spéculations hasardeuses (PMD bipolaire type II).
- On recherche dans ses formes le moindre signe évocateur. Les signes d'hypomanie apparaissent en rupture avec la personnalité habituelle du patient :
 - **excitation intellectuelle** : créativité, originalité, initiatives audacieuses mais non déraisonnables; réparties faciles, mémoire vive, confiance en soi, communicabilité;
 - **hyperactivité mal contrôlée** : décisions hâtives, inconsidérées (départ pour l'aventure, mariage, divorce, changement de travail ou de domicile), dépenses excessives;
 - **trouble du caractère** : impatient, intolérant, irritable, autoritaire, agressif, vindicatif (dénonciation, pétition, procès), rire facile;
 - **insomnie constante** (valeur d'alarme), sans les autres troubles somatiques, moins d'heures de sommeil;
 - augmentation des conduites alcooliques, tabagiques, ingestion de café.
- On décrit aussi une « hypomanie hypocrite » chez des sujets qui masquent volontairement leurs débordements financiers ou professionnels. Ces patients sont souvent sous lithium, ce dernier empêchant un débordement maniaque franc.
- Une fois le diagnostic fait, la sauvegarde de justice doit être immédiatement mise en place. Le traitement est celui de l'accès maniaque typique.

4.3. Manie délirante

- Les idées délirantes au cours de l'accès maniaque présentent les caractéristiques suivantes :
 - élaboration après l'apparition du trouble thymique;
 - **adhésion totale** au délire (à la place de l'adhésion partielle de la manie simple);
 - thématique : **congruente** à l'humeur (mégalomaniaque, érotomaniaque, érotique, mystique, messianique);
 - mécanismes : **imaginatif**, interprétatif rarement hallucinatoire;
 - **absence d'organisation**, de systématisation délirante précise et nette :
 - « Le délire est plus verbal qu'agi, plus fugace et volubile que rationnel et structuré, les revendications sont provisoires et mobiles. » (Olié et coll, EMC).

4.4. État mixte

Au cours de l'état mixte, on observe dans un même accès des éléments de la série maniaque et de la série dépressive. Le patient déclare, le sourire aux lèvres que la fin du monde est pour demain et qu'il en est responsable. La labilité thymique est extrême, le rire succède aux larmes, la thématique mégalomaniaque aux idées de culpabilité, de domination. L'excitation intellectuelle paraît douloureuse, parasite, non maîtrisable.

4.5. Autres formes cliniques

- On observe aussi :
 - la **manie confuse**, où la note confusionnelle doit faire éliminer une organicité;
 - la **manie d'involution** qui apparaît tardivement chez un sujet sans antécédents thymiques;

- la **manie de deuil**, dans les suites de la perte d'un être cher;
- la **manie d'épuisement**, dans les suites d'un travail de longue haleine, ou d'une sommation de facteurs de stress au long cours.

5. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'ÉTAT MANIAQUE

La manie peut apparaître comme un type de réaction psychopathologique dans l'évolution de certaines psychoses ou de pathologies psychiques ou somatiques. On parle dans ces cas là de syndrome maniaque ou de syndrome d'excitation psychomotrice.

Devant un premier accès d'allure maniaque chez un sujet, il est essentiel d'éliminer les autres étiologies d'excitation psychomotrice, en particulier organiques, d'autant plus que le sujet ne présente pas d'antécédents thymiques.

SYNDROME D'EXCITATION PSYCHOMOTRICE

- Bouffée délirante aiguë
- Schizophrénie catatonique agitée.
- Manie atypique.
- Confusion mentale agitée.
- Ivresse, intoxication.
- Épilepsie.
- Psychopathie.
- Hystérie.
- Manie symptomatique organique :
 - tumeur cérébrale, traumatisme crânien;
 - hémorragie méningée;
 - hypertension intracrânienne;
 - syndrome frontal;
 - encéphalite, paralysie générale;
 - intoxication au CO;
 - sclérose en plaque;
 - hypoglycémie, hyperosmolarité;
 - maladie de Basedow, d'Addison, de Cushing;
 - hyperparathyroïdie, phéochromocytome.

5.1. Bouffée délirante aiguë

La présence de troubles thymiques est habituelle au cours de la bouffée délirante aiguë.

- En faveur de la bouffée délirante aiguë, on retient :
 - l'absence d'antécédents personnels ou familiaux de troubles thymiques;
 - la prédominance du délire sur les troubles thymiques;
 - l'antériorité du délire par rapport aux troubles thymiques;
 - la présence au premier plan des hallucinations.

5.2. Manie atypique

La dissociation, propre à la schizophrénie, donne au tableau maniaque une note discordante, on parle alors de manie atypique. Elle s'observe aussi bien dans le cours évolutif de la schizophrénie, que dans le cadre de la schizophrénie dysthymique.

Les associations sont incohérentes, le coq à l'âne est incompréhensible, le rire est discordant et le contact est froid, asynrone. D'ailleurs le patient est rarement drôle, l'euphorie est grinçante. L'isolement est très évocateur de l'atypie de l'accès.

5.3. Confusion mentale

La forme agitée de la confusion mentale pose souvent des problèmes diagnostiques avec la manie.

- En faveur de la confusion, on retient :
 - . l'absence d'antécédents personnels ou familiaux de troubles thymiques;
 - . la présence constante de l'obnubilation et de la désorientation temporo-spatiale;
 - . la richesse du tableau hallucinatoire onirique;
 - . la présence d'une angoisse, de la perplexité anxieuse.

Dans le doute, la manie pouvant se manifester par une forme confuse, la démarche diagnostique et thérapeutique sera celle à tenir devant une confusion mentale.

5.4. Ivresse, intoxication

Le diagnostic différentiel est parfois difficile en raison de formes maniaques « arrosées » par l'alcool ou par d'autres toxiques. L'intoxication peut être donc primaire et générant par la suite un tableau d'excitation psychomotrice; ou bien l'intoxication est secondaire au tableau maniaque typique : manie arrosée ou dipsomaniaque. Dans les deux cas, on recherche systématiquement une intoxication alcoolique (dosage sanguin) ou une toxicomanie (hachisch, cocaïne, amphétamines, hallucinogènes). Le contexte clinique et les antécédents personnels aident le plus souvent à la démarche diagnostique.

Un certain nombre d'intoxications médicamenteuses peuvent donner un tableau d'effure maniaque : corticoïdes, L-Dopa, isoniazide, anorexigènes (dérivés amphotaminiques), cyclosérine.

5.5. Épilepsie

Dans les suites de toute crise d'épilepsie (période post-critique) ou dans la crise d'épilepsie psychomotrice (temporale) on peut observer un tableau d'agitation (fureur épileptique) qui s'accompagne toujours d'obnubilation de la conscience.

5.6. Schizophrénie catatonique

Dans sa forme agitée, l'accès catatonique peut donner un tableau d'excitation psychomotrice avec fureur (visant les objets ou les personnes), violence verbale ou gestuelle, gesticulation théâtrale ou stéréotypée. Le langage est brouillé (schizophasie), incohérent.

En faveur de ce diagnostic, on retient les antécédents du patient et la présence de la dissociation dans le domaine psychomoteur (agitation mécanique, stéréotypée, période d'accalmie stuporeuse).

5.7. Psychopathie, hystérie

La dimension théâtrale, le caractère parfois violent des actes ou bien la présence de conduites médico-légales s'observent également dans les **conduites psychopathiques**. En faveur de la psychopathie, on retient les caractéristiques évolutives de la biographie, le déclenchement des accès à la suite d'une frustration minime, la fréquence des actes auto- ou hétéro-impulsifs et la mobilisation brutale de l'entourage.

La crise d'agitation psychomotrice de la **névrose hystérique** ou de la personnalité hystérique est parfois difficile à éliminer en raison de la théâtralité de l'expression affective. La recherche des signes somatiques de la manie et de l'hyperthédonie sont de bons arguments diagnostiques.

5.8. Manie symptomatique organique

Le tableau d'une manie symptomatique d'une affection organique est rarement typique. On y retrouve souvent une note confusionnelle importante, un retentissement somatique massif, des signes étiologiques lors de l'examen clinique (neurologiques, endocriniens) ou des explorations biologiques.

Ainsi, un bilan complet clinique et paraclinique (comparable à celui fait lors d'une confusion) est systématique lors d'un premier accès maniaque chez un sujet indemne de tout antécédent thymique personnel ou familial.

Dans le cadre des tumeurs cérébrales, on remarque le caractère souvent révélateur par des accès d'allures maniaques des méningiomes, des tumeurs d'encéphaliques ou hypothalamiques.

Le syndrome frontal est parfois trompeur, il associe un tableau d'euphorie naïve (moria) avec une apathie ou une subexcitation ludique, puérile et des troubles du comportement (conduite d'exhibition, d'urination). L'existence de signes de la série dementielle ou de signes neurologiques (signes déficitaires, grasping, perte du nystagmus optocinétique) permettent le diagnostic, ainsi que les examens complémentaires.

La paralysie générale associe au syndrome frontal des idées délirantes de type mégalomaniques particulièrement évocatrices du diagnostic. Les signes d'affaiblissement intellectuel et la sérologie syphilitique doivent permettre le diagnostic et donc la mise en place urgente du traitement par pénicilline.

Des épisodes maniaques récurrents accompagnent souvent l'**hyperthyroïdie** mais aussi l'**hypothyroïdie**. L'**hyperparathyroïdie**, ou toute autre cause d'hypercalcémie, peut être révélée uniquement par un accès d'allure maniaque.

L'**hypoparathyroïdie** donne un tableau plus confus mais dont l'agitation fébrile peut en imposer pour un accès maniaque.

6. TRAITEMENT DE L'ACCÈS MANIAQUE

C'est une urgence thérapeutique qui nécessite une hospitalisation en service de psychiatrie.

Une mesure d'HDT est envisagée, en cas de refus de soins. La sauvegarde de justice est quasi systématique.

6.1. Bilan clinique et paraclinique

Afin d'apprécier le retentissement somatique, de rechercher une organicité.

Au maximum, on effectue une tomodensitométrie cérébrale devant un premier accès, surtout si l'accès est atypique ou si l'on a un doute diagnostique.

6.2. Traitement

- Correction des désordres hydroélectrolytiques, métaboliques.
- Réhydratation orale.
- Chimiothérapie :
 - neuroleptique sédatif + antiproduit en IM 5 à 7 jours : LARGACTIL® 25 mg IM x 3 à 6/j ou NOZINAN® 25 mg 150 à 300 mg/j en IM et HALDOL® 5 mg amp. x 3 à 6/j;
 - relais au 7ème jour per os pendant 2 mois, puis baisse progressive;
 - surveillance des neuroleptiques;
 - parfois le traitement curatif associe le lithium.
- Psychothérapie de soutien.

6.3. Surveillance

6.3.1. Psychique :

- Réduction de l'état maniaque.
- Inversion dépressive de l'humeur : arrêt des neuroleptiques et mise sous antidépresseur.

6.3.2. Physique :

- Puls, TA, température, hydratation.
- Effets secondaires des neuroleptiques.
- Au long cours, on discute de l'opportunité d'un traitement préventif par un thymo-régulateur (cf. chapitre « PMD »).

États psychotiques :

I – Psychoses non dissociatives

Les délires chroniques se définissent pour H. Ey comme « des psychoses caractérisées par des « idées délirantes » permanentes qui font l'essentiel du tableau clinique ».

Ces idées délirantes reposent, non seulement sur des croyances ou des conceptions propres aux thèmes du délire (mégalo-manie, persécution, etc.), mais aussi sur des phénomènes « idéo-affectifs » qui sont les mécanismes du délire (intuition, interprétation, hallucination, etc.).

Le délire chronique n'est pas une « expérience délirante d'emblée » à l'instar des bouffées délirantes aiguës ou de la confusion mentale où le délire est passif ou accidentel. Dans un délire chronique, l'élaboration d'une conception délirante de la réalité, incorporée à la personnalité, est lente et progressive.

Il est essentiel de lire les parties sémiologiques, concernant la caractérisation d'un syndrome délirant ainsi que la partie concernant les hallucinations, qui ne seront pas reprises dans ce chapitre.

GÉNÉRALITÉS SUR LES TROUBLES PSYCHOTIQUES

- Un trouble psychotique est défini par la présence d'un symptôme psychotique quel qu'il soit (syndrome délirant ou syndrome dissociatif) dans le tableau clinique, en l'absence de toute cause organique.
- Par la suite, on différencie les troubles psychotiques aigus, les bouffées délirantes, des états psychotiques chroniques, dissociatifs ou non dissociatifs.
- L'école de psychiatrie française, à l'opposé de l'école anglo-saxonne, différencie deux groupes d'états psychotiques chroniques :
 - . le groupe des « délires chroniques » ou des « psychoses non dissociatives » : le délire est typiquement systématisé, sans évolution déficitaire, ni dissociation de la personnalité. On y retrouve les délires paranoïaques, la psychose hallucinatoire chronique (PHC) et la paraphrénie;
 - . le groupe des « psychoses schizophréniques » marqué par la présence d'un syndrome dissociatif qui, dans la forme paranoïde de la schizophrénie, donne un délire non systématisé.
- La dissociation atteint l'ensemble de l'unité psychique : affect, pensée, comportement.

1. DIAGNOSTIC POSITIF DE PSYCHOSE NON DISSOCIATIVE

DIAGNOSTIC DE PSYCHOSE NON DISSOCIATIVE

Pour retenir le diagnostic de psychose non dissociative ou de délire chronique, quatre critères sont nécessaires :

1. Ancienneté des idées délirantes depuis plus de six mois.
2. Absence d'argument pour une psychose dissociative :
 - . absence de syndrome dissociatif (cohérence de l'affect et des idées délirantes);
 - . absence d'évolution déficitaire.
3. Absence de troubles organiques ou thymiques (cf. diagnostic différentiel) à l'origine du tableau.
4. Âge supérieur à 35 ans.

Dans un second temps, on obtient la différenciation clinique des délires chroniques en fonction du mécanisme du délire qui domine le tableau clinique :

DIFFÉRENCIATION DES DÉLIRES CHRONIQUES

Mécanisme interprétatif :	—> Délires paranoïaques.
Mécanisme hallucinatoire :	—> Psychoses hallucinatoires chroniques.
Mécanisme imaginaire :	—> Délires paraphréniques.

Comme on peut le voir, ce ne sont jamais les thèmes qui spécifient les types de délire chronique, ce sont les mécanismes du délire.

La persécution, par exemple, n'est en rien spécifique des délires paranoïaques; elle peut se rencontrer aussi bien dans la psychose hallucinatoire chronique que dans les paraphrénies ou dans les schizophrénies.

On peut exceptionnellement voir coexister ces mécanismes au sein d'un même tableau clinique (hallucination au cours d'un délire paranoïaque ou d'une paraphrénie, interprétation au cours d'une PHC), mais jamais ce mécanisme ne dominera, ou ne sera maintenu au long cours. Dans le cas contraire, on envisage la possibilité d'une forme de passage d'un délire vers l'autre.

Si la symptomatologie est aiguë (durée du délire inférieure à six mois), on parle de psychose délirante aiguë (cf. chapitre correspondant). On peut observer dans ce cadre des psychoses interprétatives aiguës (réaction paranoïaque aiguë), des psychoses hallucinatoires aiguës et imaginatives aiguës.

2. DÉLIRES PARANOÏAQUES

La paranoïa n'a jamais cessé de poser aux cliniciens des problèmes complexes.

La difficulté diagnostique (proximité avec les psychoses dissociatives), ses rapports avec la personnalité sous-jacente, son autonomie nosographique « paradoxale » à travers le temps, ses développements psychodynamiques, contribuent à l'intérêt permanent des psychiatres et des psychanalystes à son égard, sans rapport avec le nombre, comparativement faible, de patients relevant de ce diagnostic.

2.1. Clinique

LES DÉLIRES PARANOÏAQUES

On différencie trois types de délires paranoïaques :

- Les **délires passionnels**, où les éléments affectifs, sthéniques dominent le tableau clinique avec un développement en secteur autour d'une idée prévalente. Les interprétations délirantes y sont circonscrites et secondaires.
- Les **délires d'interprétation**, où les interprétations sont primaires, s'enrichissent incessamment en un réseau diffus. Les interprétations délirantes sont prédominantes par rapport à l'idée directrice qui reste secondaire.
- Les **délires sensitifs**, où sur une personnalité sensitive, survient un délire en secteur. La symptomatologie passive, hyposthénique, dépressive est dominante.

2.1.1. Délires passionnels :

Les trois délires passionnels (revendication, érotomanie, jalousie) sont caractérisés par une participation émotionnelle, affective et thymique dominante autour d'un postulat de base. Certains auteurs les ont appelés « délires affectifs ».

Les délires passionnels sont centrés autour d'un thème prévalent, obsédant, localisé à un fait déterminé, à une perte, à un dommage ou à une théorie abstraite (postulat de base). Les comportements pathologiques sont secondaires à cette participation affective intense et à la croyance en cette idée.

Dans tout délire passionnel, existe une revendication affective ou matérielle : lettres, procès, menaces, chantages, actes hétéroagressifs. Souvent, l'excitation intellectuelle est présente (allure hypomaniaque).

• Délire de revendication :

Cf. chap. Sémiologie pour la définition des thèmes de délires de revendication.

DÉLIRES DE REVENDICATION

- Querulant processif.
- Inventeur méconnu.
- Idéaliste passionné.
- Filiation.
- Sinistrose.
- Hypochondriaque persécuteur.

• Délire érotomaniaque :

Philinte : « Vous croyez donc être aimé d'elle ? »

Alceste : « Oui parbleu ! Je ne l'aimerais pas, si je ne croyais l'être. »

Molière, « Le Misanthrope »

- Dans sa forme typique (De Clérambault), l'érotomanie se développe en trois stades :
 - . espoir : attente, lettres, cadeaux;
 - . dépit;
 - . rancune : injures, menaces, actes agressifs contre l'objet du désir ou son conjoint.

On observe une prédominance du délire érotomane chez les femmes seules, de 40 à 55 ans.

Au départ, pour les patients : « C'est l'objet qui a commencé et qui aime le plus ou qui aime seul ». L'objet est, classiquement, une personne d'une situation sociale plus élevée (homme public, avocat, médecin généraliste, psychiatre, etc.). Le désir, la passion sont à la base du délire, la revendication est absente, passagère ou secondaire (stade de dépit).

Ce « mécanisme passionnel » (de Clérambault) est premier. Par la suite, des interprétations multiples vont venir conforter cette position passionnelle, ce postulat de base. D'autres mécanismes peuvent se voir (intuitions, illusions, hallucinations cénesthésiques, rarement automatisme mental dans la forme pure).

Du fait du **développement en secteur**, on trouve souvent un bon fonctionnement professionnel ou intellectuel à côté d'une altération du fonctionnement social et affectif.

Cette forme clinique pure de l'érotomanie paranoïaque reste rare.

En revanche, on peut observer une thématique érotomaniaque **dans d'autres pathologies psychiatriques** : on parle dans ce cas de **syndrome érotomaniaque**. La présence d'un syndrome érotomaniaque doit faire rechercher systématiquement une organicité, un début d'évolution de schizophrénie (manque de participation affective ou de cohérence paranoïaque), une manie délirante ou une hystérie (fixation affective sur un « maître » sans interprétation délirante).

• Délire de jalousie :

« Mais les cœurs jaloux... ne sont pas toujours jaloux pour le motif; ils sont jaloux, parce qu'ils sont jaloux. C'est un monstre engendré de lui-même, né de lui-même. »

Shakespeare, « Othello »

Le début du délire est souvent **insidieux** avec l'installation d'une idée fixe et obsédante qui sera confortée par des interprétations multiples.

Le doute est toujours là : « la jalousie se nourrit dans le doute, c'est une passion qui cherche toujours de nouveaux sujets d'inquiétude ».

La réalité de la conduite du conjoint (réelle tromperie) ne suffit pas à éliminer le diagnostic ! Cela serait trop beau : « Plût au ciel qu'il suffise d'être cocu pour n'être pas délirant » (de Clérambault).

Les hommes seraient plus souvent atteints que les femmes.

– Le délire de jalousie est pathologique par :

- l'inadéquation de la réaction jalouse : perspicacité morbide avec enquête, filature, mise en cause des amis et de la belle famille : « ils sont complices », recherche de taches sur les sous-vêtements, « preuves » : vieilles culottes usées qu'il apporte à la consultation;
- la projection de ses propres fantasmes sur le tiers du même sexe.

En effet, la triangulation de la relation primitivement hétérosexuelle, permet au sujet une relation imaginaire, conflictuelle, homosexuelle où se projettent haine, amour et frustration.

Les mécanismes sont interprétatifs, mais on observe aussi des illusions mnésiques (construction de souvenirs).

On retrouve parfois des traits de personnalité prémorbide, paranoïaque ou sensitive.

L'alcool est un facteur qui peut être favorisant dans l'éclosion du délire et dans ses manifestations agressives.

L'évolution est émaillée de moments paroxystiques, revendicatifs, hétéroagressifs (contre le conjoint ou le rival), de phases d'accalmie et de moments d'effondrements dépressifs avec risque suicidaire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DU DÉLIRE DE JALOUSIE

- Jalousie délirante ou pathologique de l'alcoolique chronique (au cours d'ivresse, d'épisodes confusionnels). Ces manifestations disparaissent lors du sevrage.
- Thème de jalousie dans la schizophrénie paranoïde.
- Début d'une démence sénile : extension pauvre, idées de persécution absurdes, puériles.
- Réaction de jalousie pathologique des personnalités hystériques, sensibles ou dépendantes. C'est ce mode de jalousie non délirante qui reste le plus fréquent. Cette jalousie devient pathologique par l'importance de la souffrance et des manifestations qu'elle entraîne.

2.1.2. Délires d'interprétation de « Sérieux et Capgras » :

« Chassez l'interprétation morbide et le délire est réduit à rien, car l'interprétation est à la base même de la pensée morbide comme de la pensée normale. »

Lévy-Valensi

Décrits par Sérieux et Capgras en 1909 sous le nom de « Folies raisonnantes », ces délires se construisent autour, non pas d'une seule idée prévalente comme dans les délires passionnels mais, de plusieurs idées (« délire d'idée »). Ces idées sont des interprétations multiples et diverses centrées sur le fait que tout ce que le sujet perçoit, doit avoir une signification qu'il rapporte à sa personne (« délire centripète »).

Au début, pendant l'élaboration délirante, le sujet a du mal à savoir ce qu'on lui veut, mais une chose est sûre : « il y a quelque chose, on s'occupe de moi, on me regarde, on chuchote sur mon passage, les objets chez moi ne sont plus à leur place, je ne peux plus travailler, mes affaires vont mal ».

Dans un deuxième temps, le patient élabore ses interprétations en un système cohérent, c'est l'idée directrice, qui reste donc secondaire aux interprétations. Le patient remonte le cours de son existence et retrouve des indices multiples qui lui apparaissent comme des faits significatifs qui, regroupés, lui démontrent la vérité de son système délirant.

Lors de moments féconds du délire, il peut s'y adjoindre des brusques intuitions ou des illusions perceptives corporelles. Les phénomènes hallucinatoires restent exceptionnels.

Parfois, la thématique est tellement cohérente, qu'elle entraîne la conviction de l'entourage qui prend les mêmes précautions que le délirant (délire à deux, délire induit).

– Les thèmes du délire d'interprétation sont :

- la persécution le plus souvent, le préjudice ou la malveillance vis-à-vis de ses biens, sa santé ou sa vie;
- la mégalomanie, souvent secondaire à la persécution : « on me traque car je suis important » (filiation, rôle politique, mission);
- les idées de références.

La structure se développe en réseau : aucun domaine de la vie de relation du sujet (professionnelle, sociale, affective) n'est a priori exclu de ses nouvelles interprétations qui s'étendent progressivement à toute la personnalité du sujet. Le sujet se trouve ainsi au centre d'un réseau de persécutions dont il peut justifier toutes les mailles.

La conviction est absolue. Chaque fait nouveau est interprété dans le sens de son délire. Il n'y a plus de place pour le doute ou le hasard : tout a une signification se rapportant au patient.

L'humeur, à la différence des délires passionnels, est peu exaltée. Dans les moments féconds toutefois, on peut observer des actes à conséquences médico-légales : plaintes au commissariat, dénunciations, agressions et parfois meurtre du ou des persécuteurs désignés.

L'évolution est, comme tous les délires chroniques, émaillée de moments féconds avec réactivation du délire, de périodes d'excitation ou de dépression. C'est dans ces moments que le patient peut venir consulter et où l'on pourra débiter un traitement.

Le retentissement sur la vie sociale est moins massif que dans les délires passionnels et parfois les patients ne rencontrent jamais de psychiatre. Toutefois, l'isolement, l'évitement social reste important et constitue un bon argument diagnostique.

2.1.3. Délire de relation des sensitifs :

- Décrit par Kreitschmer en 1919, le délire de relation survient chez des sujets présentant nécessairement une **personnalité prémorbide de type sensitif** (cf. chapitre personnalité pathologique).
- Le délire survient secondairement sur ces personnalités, comme la conséquence compréhensible d'un événement ou d'une situation de conflit social pathogène :
 - . sommations d'échecs, de conflits, d'humiliations;
 - . événements pénibles, frustrations;
 - . isolement ou rejet.

- La thématique du délire sensitif comporte une exagération des traits de la personnalité sensitive avec :
 . des idées de persécution : impression d'hostilité, de brimade, d'allusions péjoratives venant de la famille ou des collègues de bureau;
 . des idées de références : « on parle de moi », « on se moque de moi », « on rit de mes maladresses »

- Ces idées de **malveillance intentionnelle** donnent une explication, une interprétation « après coup » de ses réelles difficultés et échecs.
- On n'observe pas de revendications, à la différence des délires du même nom; au contraire, le patient supporte passivement, avec résignation les persécutions dont il se sent l'objet.
- La participation affective est marquée par une **tonalité dépressive** avec asthénie (sentiments d'échecs, de honte, d'infériorité, de culpabilité, d'incapacité et de plainte vis-à-vis des méfaits dont il pense être l'objet). L'association à une anxiété (avec recours à l'alcool), ou à des préoccupations hypocondriaques, est fréquente.
- La diffusion reste limitée **au secteur** (familial ou professionnel) où le délire a pris naissance : le délire ne dépasse pas le domaine relationnel.
- **L'évolution** se fait parfois vers la résorption du délire entrecoupée d'épisodes dépressifs. Une évolution récurrente est la plus fréquente au long cours : le délire, ou la dépression, se réactivent à chaque nouvel événement ou situation pathogène. Toutefois une adaptation quasi-normale à la réalité est possible, en raison de l'absence de l'altération de l'intelligence et de l'affectivité.

2.2. Diagnostic différentiel des délires paranoïaques

Le **délire paranoïde** est un délire flou, mal systématisé, pauvre, illogique avec des éléments dissociatifs. Le délire bizarre des paranoïdes s'oppose au délire cohérent des paranoïaques.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

De la réaction paranoïaque aiguë

- Bouffée délirante aiguë (avec interprétations dominantes) concomitante :
 - . d'une personnalité paranoïaque ou sensitive, prémeurbière;
 - . d'une névrose obsessionnelle décompensée;
 - . d'un traumatisme crânien;
 - . d'une autre cause organique (syphilis cérébrale, etc.).

Des paranoïas chroniques

- En phase d'exacerbation :
 - . confusion mentale;
 - . prise de toxiques (cocaïne, amphétamines : « effet parano »);
 - . bouffée délirante aiguë : polymorphisme des thèmes et des mécanismes, hallucinations, automatisme mental;
 - . manie délirante (pour les formes de délires passionnels ou de revendications) ou mélancolie délirante (pour le délire sensitif).
- Au long cours :
 - . toxicomanie, pharmacopsychose;
 - . pathologie organique, étiologies d'un syndrome démentiel;
 - . schizophrénie paranoïde;
 - . psychose hallucinatoire chronique : présence d'un automatisme mental, prédominance des hallucinations;
 - . paraphrénies : délire imaginatif, fantastique; absence de désadaptation.

En faveur des **troubles thymiques** (dépressifs ou maniaques), on note la présence d'antécédents de trouble thymique, la prédominance de thèmes délirants congruents à l'humeur.

Tableau 1 : Comparaison du délire paranoïaque et mélancolique

Délire paranoïaque	Délire mélancolique
Délire primitif, réaction dépressive secondaire Délire extensif, construction type : « roman » Vécu égocentrique, orgueilleux Vécu dans le présent, espoir dans l'avenir	Délire secondaire à la dépression Délire fixe et monotone : « litanie » Vécu pénible, passif, résigné, humilié Jamais vécu dans le présent, crainte du futur

2.3. Théories étiopathogéniques des délires paranoïaques

2.3.1. Facteur déclenchant :

- Le rapport entre des événements de vie et l'apparition d'un délire chronique est beaucoup plus complexe et discuté que dans les psychoses délirantes aiguës.
- En effet, dans ces dernières, le lien entre l'apparition d'un délire passager et un facteur déclenchant pénible (échec social, affectif, transplantation, incarcération) est clair. Dans le cadre des délires chroniques, parler d'un rapport de causalité est beaucoup plus aléatoire.
- En retrait des préoccupations nosographiques, Jaspers, en 1910, insiste sur les « **relations de compréhension** » des maladies mentales et pose la question ainsi : doit-on concevoir la paranoïa « comme un **développement** conséquent d'une personnalité à prédisposition anormale ou comme un **processus**, virage pathologique localisé dans le temps, chez un être jusque-là sain » dont le symptôme ne serait alors qu'un **indice** ?
- Ainsi, chez un grand nombre de paranoïaques, retrouve-t-on un facteur déclenchant précis. En particulier, les **délires passionnels et sensitifs** sont souvent déclenchés par un événement très investi émotionnellement :
 - . deuil;
 - . éloignement d'un proche;

- échec professionnel ou changement de statut (promotion);
 - frustration sentimentale;
 - modification du statut conjugal;
 - naissance d'un enfant.
- Il est important de repérer pour le traitement ces événements dans la genèse du délire afin d'apprécier les modifications dynamiques de la personnalité qu'ils ont pu entraîner.

2.3.2. Personnalité prémorbide et délire paranoïaque :

La relation entre une personnalité prémorbide pathologique, si elle paraît évidente pour les délires sensitifs, ou pour certains délires passionnels, demeurent difficile à justifier dans d'autres délires paranoïaques survenant sur une personnalité *a priori* saine.

Aussi, la limite entre une personnalité paranoïaque et la psychose, reste difficile à tracer, comme nous le montre parfois l'obnubilation du sectaire et la croyance délirante du paranoïaque.

2.3.3. Théorie psychanalytique des délires paranoïaques :

« ...le nouveau monde extérieur fantasmatique de la psychose veut se mettre à la place de la réalité extérieure; celui de la névrose au contraire aime s'étayer, comme le jeu de l'enfant, sur un fragment de la réalité... »

Freud, « Névrose, Psychose et perversion »

- Les conceptions analytiques posent le problème du sens inconscient et refoulé du délire paranoïaque, du type de conflit susceptible d'entraîner un tel détachement de la réalité et du ressort de celle qui s'y substitue.
- Pour beaucoup d'analystes, les psychoses dissociatives possèdent des mécanismes et une dynamique inconsciente relativement similaires.
- Les délires à thèmes de persécution, jalousie, érotomanie reposent en partie sur une transformation de la représentation pulsionnelle, de type homosexuel inacceptable par le moi conscient, en un sentiment acceptable pour la conscience :
 - il (un homme) me veut → il m'en veut;
 - c'est lui (un homme) que j'aime → il aime ma femme donc je le hais;
 - je hais les hommes → cet homme m'aime.
- Ces transformations mettent en jeu certains mécanismes de défenses du moi : **déni de la réalité, clivage des objets** avec substitution et exclusion de l'un des termes clivés (amour/haine, je/il) et surtout **projection**.
- Ce dernier mécanisme est non spécifique de la paranoïa puisqu'il se retrouve dans le rêve, la création des mythes, les phobies et joue un rôle particulièrement important dans ce délire. Toutefois, Freud, puis Lacan, ont voulu définir un mécanisme de défense qui serait à la psychose ce que le refoulement est à la névrose, ce mécanisme spécifique est « la forclusion ».
- Pour Freud, la projection psychotique vient d'une « abolition d'un sentiment au dedans qui revient du dehors » sous la forme d'une perception délirante de la réalité. Ainsi, le premier temps de la projection a été « forclus » (Lacan) par le patient, qui ne considère que le « retour » de la perception délirante, sans qu'il puisse un instant penser que cette réalité a été précédé d'un « aller », projeté par lui.
- On peut donc démanteler les opérations projectives en 4 temps (Green) :
 - T0 : forclus : Moi (homme), je l'aime (lui, un homme);
 - T1 : retournement : je le hais;
 - T2 : renversement : il me hait;
 - T3 : rationalisation : je le hais car il me persécute.
- D'autres auteurs ont souligné l'importance de la régression aux pulsions agressives du stade sadique-anal (Ferenczi, Abraham), le sens autopunitif (châtiment inconsciemment désiré) du système persécutif imaginaire (Lacan).

2.4. Évolution des délires paranoïaques

« Le paranoïaque ne guérit pas, il désarme. »

Tanzi. Cité par Sérieux et Capgras dans « Les folies raisonnantes »

L'évolution des délires paranoïaques peut être émaillée de :

- **Moments féconds** : recrudescence, exacerbation délirante avec parfois un mécanisme hallucinatoire.
- **Moments de rémission**, de quelques mois à plusieurs années. Souvent cette rémission touche uniquement certaines conceptions délirantes, mais pas toutes. Ainsi, il est difficile de distinguer ce qui est de l'ordre de la rémission ou de la réticence.
- **Phase dépressive**, avec risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif;
- **Conduites pathologiques** :
 - . actes hétéroagressifs (jusqu'au meurtre) si le persécuté est repéré;
 - . fuite (voyage pathologique);
 - . défense chez le persécuté avec claustration, refus alimentaire (empoisonnement), démarches multiples auprès de la police, des autorités judiciaires.

Sous l'influence de l'âge, la faculté créatrice peut diminuer. Les interprétations et la thématique s'appauvrissent, la réaction affective par rapport au délire s'atténue progressivement.

Dans le cadre des psychoses chroniques en général et de la paranoïa en particulier, la désagrégation du délire, l'affaiblissement intellectuel ne doivent pas être mis sur le compte de l'évolution propre de la psychose, mais d'un syndrome démentiel. En effet, la psychose ne protège pas des étiologies de démences !

A titre de diagnostic différentiel, on recherche systématiquement une **prise d'alcool** lors d'une paranoïa d'évolution récidivante : certains délires alcooliques ressemblent au délire paranoïaque (interprétations dominantes, thématique de jalousie, etc.).

2.5. Traitement des délires paranoïaques

L'attitude initiale doit être suffisamment neutre, limitée à une écoute attentive, sans intervention directe, sans préjugé, ni commentaire sur le délire.

2.5.1. Hospitalisation :

- L'hospitalisation est indiquée :
 - . en cas d'exaltation thymique menaçante hétéro-agressive par placement administratif (HO le plus souvent);
 - . en cas de dépression secondaire, en service libre, car il existe alors une demande de soins.
- Une mesure de protections des biens est parfois nécessaire (exemple : dépense tout son argent en procès coûteux ou pour financer une invention fabuleuse).
- L'hospitalisation a pour but de limiter la dégradation du statut professionnel, des relations socio-familiales ou la souffrance des proches.
- Pendant l'hospitalisation, l'équipe soignante doit veiller à garder une attitude psychothérapique, malgré des éléments contre-transférentiels parfois très agressifs déclenchés par le patient.
- Le problème de la juste distance à garder avec les patients est constant :
 - . trop proche : crainte de réalisation homosexuelle, menace de destruction;
 - . trop loin : interprété comme un rejet.
- A la sortie, les patients sont difficiles à suivre car ils refusent le traitement.
- Il est important d'élaborer un projet de sortie en relation avec les structures de soins intégrées au milieu social (médecin de famille, dispensaire, hôpital de jour).

2.5.2. Chimiothérapie :

• Neuroleptiques :

Le but d'un traitement par neuroleptiques est d'atténuer la conviction délirante, l'anxiété et l'agressivité. Les neuroleptiques sont peu actifs sur le mécanisme interprétatif du délire, d'autant plus qu'il est ancien.

Un neuroleptique sédatif (NOZINAN®, TERCIAN®, MELLERIL®) est indiqué en cas de poussées processuelles avec agitation, anxiété, en particulier dans les périodes agressives des délires passionnels.

Un neuroleptique antiproductif ou polyvalent (HALDOL®, MODITEN®, LARGACTIL®, MODÉCATE®) est indiqué dans les délires d'interprétation ou passionnels.

Dans le traitement d'entretien, on envisage un passage au neuroleptique d'action prolongée (PIPORTIL®, MODÉCATE®). Cette prescription est souvent préférée par les patients à un traitement journalier. Il est important d'éviter un surdosage nocif (syndrome de passivité des neuroleptiques) qui peut contrarier la réadaptation socio-familiale.

• Antidépresseurs :

Lors d'un délire de relation des sensitifs, le traitement de choix est représenté par un antidépresseur type LAROXYL® associé ou non avec un neuroleptique sédatif (MELLERIL®).

Dans les autres types de délires paranoïaques, même en l'absence de syndromes dépressifs patents, certains auteurs préconisent l'association neuroleptique-antidépresseur d'emblée.

2.5.3. Psychothérapie :

La psychothérapie est toujours très difficile, malgré sa facilitation par les neuroleptiques.

L'abord psychothérapique serait plus fécond chez les personnalités sensibles.

- Psychothérapie de soutien ou relation psychothérapique :

- facilite les réaménagements relationnels;
- évite la «réponse délirante» aux situations conflictuelles et angoissantes;
- favorise l'expression verbale des conflits affectifs.

- Psychothérapie psychanalytique appliquée aux psychoses :

- pose les mêmes problèmes que ceux des schizophrénies;
- a de rares indications;
- si le noyau dépressif est important (délire de relation).

- Si nécessaire, il faut faire une tentative de désintoxication alcoolique, car l'alcool a un rôle sinon comme facteur étiologique, du moins comme facteur aggravant :

- rôle de l'alcool dans l'éclosion du délire de jalousie et de ses manifestations angoissantes;
- rôle «anxiolytique» de l'alcool chez les personnalités sensibles : soulage les tensions et l'anxiété dans les relations à autrui.

3. PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES (PHC)

Entité spécifique à la psychiatrie française (classée dans le groupe des schizophrénies à l'étranger), la psychose hallucinatoire chronique est définie comme :

« une psychose délirante chronique, basée sur le syndrome d'automatisme mental qui en constitue le noyau et dont la superstructure délirante constitue une idéation surajoutée » (De Clérambault).

Ce délire se développe sur une personnalité non pathologique (pour de Clérambault) ou présentant des traits sensitifs ou psychasthéniques.

3.1. Signes cliniques des PHC

« On m'en veut, on m'insulte, on me fait des misères, on m'empoisonne, on me viole, on m'envoie des mauvaises odeurs, on m'électrise. »

Régis, « Précis de psychiatrie », 1925

3.1.1. Signes de début des PHC :

La psychose hallucinatoire chronique survient plus souvent chez la femme, entre 30 et 40 ans.

Le mode de début est classiquement « sans incubation » et survient brutalement par un épisode délirant aigu hallucinatoire avec d'emblée un automatisme mental et une thématique d'influence.

Dans d'autres cas, le début est insidieux, le patient présente une perplexité anxieuse (méditation, préface délirante), une inquiétude croissante par rapport au « petit automatisme mental » qu'il ressent (cf. chapitre « Sémiologie des hallucinations »), puis il accepte progressivement l'étrangeté.

3.1.2. Phase d'état :

• Automatisme mental :

« La pensée qui devient étrangère le devient dans la forme ordinaire de la pensée, c'est-à-dire dans une forme indifférenciée, et non pas dans une forme sensorielle définie : la forme indifférenciée est constituée par un mélange d'abstractions et de tendances, tantôt sans éléments sensoriels, et tantôt avec des éléments plurisensoriels à la fois vagues et fragmentaires ».

De Clérambault

- Il est constant, riche, multiple, et chronique. Il représente un ensemble de phénomènes proche des hallucinations intrapsychiques (cf. chapitre « Sémiologie »).

– L'automatisme mental amène le patient à exprimer une perte de contrôle de sa vie psychique (qui fonctionne de façon autonome, automatique) :

- écho ou anticipation de sa pensée, de l'écriture ou de la lecture;
- impression de vol, de devinement de sa pensée;
- commentaire et énonciation de ses actes.

- Dans un second temps, vient le syndrome d'influence, qui est en fait un syndrome délirant ayant une thématique d'influence avec :
 - phénomènes imposés : « on me fait agir », « on me fait parler »;
 - pensées ou sentiment imposés.

• Syndrome délirant :

« Il n'y a pas de psychose hallucinatoire chronique sans hallucinations génitales. »

H. Léo

Il s'élabore à partir de l'automatisme mental avec rationalisations morbides secondaires et incorporations d'éléments imaginatifs.

— Thématique :

La persécution est le thème le plus fréquent, les persécuteurs sont ici désignés de façon vague (les partis politiques, le KGB, les francs-maçons).

L'influence : les patients ressentent les phénomènes hallucinatoires comme une entrave à leur liberté, leur intimité. Tout phénomène imposé est un délire d'influence.

On peut observer d'autres thèmes comme **la possession** par une autre personne au sein de leur personnalité, **l'invention** méconnue, **la mission** grandiose à effectuer.

— Mécanisme :

Le mécanisme prévalent est l'**hallucination** sous toutes ses formes :

- auditive : contenu injurieux, grossier « putain, salope, tu pue », ou accusateur;
- acoustico-verbale;
- visuelle;
- olfactive : odeurs de gaz, d'excréments;
- gustative : « les aliments ont un goût bizarre, c'est une eau empoisonnée »;
- cénesthésique : en particulier génital, contact cutané, sensation de courant électrique, de coït « à distance » consenti ou imposé, orgasmique ou douloureux.

— Systématisation :

La systématisation est assez pauvre, mais cohérente. Elle s'élabore à partir d'un thème unique le plus souvent.

Le retentissement, souvent important sur la vie quotidienne professionnelle et relationnelle, contraste avec la conservation de la lucidité, des capacités intellectuelles et de l'ouverture au monde réel, en dehors du secteur délirant.

— Participation affective :

Le délire est le plus souvent vécu dans la passivité, voire la dépression.

- La conviction délirante est la source de réactions pathologiques aux hallucinations :
 - . dialogues avec ses voix, attitudes d'écoute;
 - . utilisation de moyens de défenses contre les voix ou les autres hallucinations : bouchage des orifices naturels du corps (oreilles, sexe) ou de l'appartement, changement de serrures;
 - . construction d'appareils protecteurs;
 - . plaintes, réactions agressives contre un persécuteur (relativement rare);
 - . suicide secondaire à un ordre hallucinatoire : « jette toi par la fenêtre ».

3.2. Évolution

Typiquement, l'évolution est faite de rémissions, de moments féconds, de crises d'automatisme mental avec conservation de la lucidité et des capacités intellectuelles (délire partiel).

L'envahissement de la vie mentale et sociale avec incorporation de mécanismes imaginatifs aboutissant à une rupture de plus en plus grande avec la réalité doit faire discuter une évolution déficitaire et un diagnostic a posteriori de schizophrénie à début tardif.

Sous traitement, la psychose hallucinatoire chronique évolue généralement vers un « enkystement » du délire : le délire reste sectorisé, respecte le jugement, la vie affective, sociale ou relationnelle.

Sans obtenir une réelle critique du délire, le patient peut parfois plaisanter avec ses voix ou les ignorer. Dans certains cas, sous traitement, les voix deviennent bienveillantes « tu es la plus belle », et rarement, disparaissent.

3.3. Diagnostic différentiel des PHC

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES

Syndrôme hallucinatoire aigu :

- Bouffée délirante aiguë.
- Confusion mentale, prise de toxiques.
- Hystérie : états seconds avec état de transe avec production onirique, états crépusculaires.
- Ivresse délirante et hallucinatoire.
- Délire alcoolique subaigu (hallucinations surtout visuelles).
- Mélancolie délirante.
- Manie délirante.

Syndrôme hallucinatoire chronique :

- Schizophrénie paranoïde.
- Schizophrénie catatonique.
- Délires paranoïaques.
- Délires paraphréniques.
- Névrose obsessionnelle : idées obsédantes.
- Pharmacopsychoses.
- Syndrome dementiel.

Hallucinoses :

- Épilepsies :
 - . temporales : « dreamy state », états de remémoration, écnésie, hallucinose olfactive;
 - . occipitales : visuelles, héautoscopie;
 - . pariétales : cénesthésiques.
- Hallucinose d'origine occipitale et pariétale.
- Hallucinations hypnagogiques.
- Hallucinose pédonculaire.
- Hallucinations visuelles des ophtalmopathes : syndrome de Charles Bonnet.

3.4. Traitement de la PHC

3.4.1. Hospitalisation :

- Elle est nécessaire :
 - . avant de faire le diagnostic, pour éliminer une organicité sous-jacente;
 - . en cas de troubles du comportement auto- ou hétéro-agressifs (HDT ou HO).

3.4.2. Chimiothérapie :

- Les neuroleptiques sont prescrits :
 - . dans les phases aiguës initiales avec agitation anxieuse;
 - . dans les phases d'exacerbation avec agitation anxieuse nuisible au patient;
 - . afin d'obtenir une « mise à distance » du délire.
- Le neuroleptique de choix est l'halopéridol, HALDOL® 3 à 15 mg/j très anti-hallucinatoire associé en cas d'agitation anxieuse à un neuroleptique sédatif le soir type TERCIAN®.
- La cure d'entretien n'est pas systématique, une simple surveillance avec consultations régulières peut suffire. Si un traitement prolongé est nécessaire, un passage à un neuroleptique d'action prolongée est discuté (type PIPORTIL®, HALDOL DECANOAS®). Sinon, on continue per os des faibles doses d'HALDOL® 2 à 5 mg/j.
- La psychothérapie de soutien est systématique.

3.4.3. Surveillance :

- Elle est régulière, au long cours :
 - . des exacerbations délirantes : « moments féconds », ou anxieux avec danger auto- ou hétéro-agressif;
 - . des épisodes dépressifs;
 - . des épisodes pseudo-déficitaires.
- Une interruption intempestive du traitement nécessite une thérapeutique spécifique avec parfois hospitalisation.

4. DÉLIRES PARAPHRÉNIQUES

« Seule paraphrénie kraepelinienne adoptée en France pour ce qu'elle signifie de sauvegarde et de sérénité psychique par l'installation, sur un circuit de dérivation respectant le reste du fonctionnement mental, d'un système du monde qui ne se veut pas moins qu'une perspective intersidérale. »

A. Jeanneau

Les délires paraphréniques témoignent d'une pensée riche, polymorphe, incohérente et invraisemblable avec une verbalisation prolixe, voire poétique, où le patient fait souvent preuve d'inventivité verbale (création de néologismes).

L'intégrité paradoxale de l'unité psychique avec une parfaite adaptation à la réalité quotidienne est caractéristique.

4.1. Début de la paraphrénie

Relativement rares, les paraphrénies débutent entre 30 et 45 ans.

Elles se révèlent :

- 1) par une poussée aiguë d'emblée, comme une révélation, une mutation fantastique des relations du délirant au monde (expérience d'extase);
- 2) ou de façon insidieuse, lente, progressive (sur plusieurs années parfois), masquées par un retrait affectif et une discrète bizarrerie des conduites.

4.2. Phase d'état de la paraphrénie

« Le délirant fantastique a son esprit dans les cieux, mais les pieds sur la terre. »

H. Ey

4.2.1. Mécanisme :

Imaginatif avant tout, ici la « pensée magique », la fabulation sont effrénées.

Le récit repose sur une production imaginative et idéique riche et luxuriante.

Une activité ou une expérience hallucinatoire : automatisme mental, hallucinations psychiques verbales et psychosensorielles visuelles « communications télépathiques, révélation », sont parfois présentes et contribuent à enrichir la production délirante.

La présence d'hallucinations n'élimine pas le diagnostic tant qu'elles ne submergent pas le mécanisme imaginatif.

4.2.2. Thèmes :

Les thèmes sont secondaires à la pensée magique et se développent hors de toutes les catégories de l'entendement. L'espace, le temps, la réalité sont remaniés, sans souci de cohérence ou de clarté, pour donner une sorte de mythologie esthétique, telle une création surréaliste, où le patient occupe la figure centrale.

La note **mégalomaniaque** est fondamentale dans la dimension cosmique du délire.

Elle se perçoit dans les thèmes d'influence (emprise diabolique ou magique à distance par « ceux que l'on nomme les souterrains ») et de persécution (forces cosmiques ou spirituelles en rivalité pour « le trône de l'au-delà », empoisonnement, engrossement diabolique, envoûtement).

Ainsi le patient accomplit-il un rôle dans l'échiquier terrestre ou cosmique dont il est le pion ou l'enjeu essentiel.

Les thèmes de grandeur sont souvent présents (identification aux prophètes, aux monarques, à Dieu, aux puissances occultes).

4.2.3. Structure :

Malgré son importance, l'adhésion et la richesse du délire dans le secteur imaginatif, l'adaptation du patient à la réalité extérieure (sociale, professionnelle, quotidienne) est remarquable : « bipolarisation de la vie psychique » conséquence de la juxtaposition du monde délirant et du monde réel.

Les capacités intellectuelles et mnésiques, comme dans tout délire non dissociatif, sont intactes.

On définit deux formes cliniques selon le degré de systématisation.

• Forme imaginative :

Paraphrénie confabulante de Kraepelin, délire d'imagination de Dupré, où « les créations imaginatives restent plus ou moins reliées entre elles par un certain degré de systématisation » et dont l'agencement reste clair et compréhensible.

Les mécanismes sont surtout imaginatifs (avec intuitions se présentant spontanément à l'esprit du malade qui les enrichit au cours même de l'examen) et faiblement hallucinatoires.

La réalité (lecture, conversation, actualité politique, scientifique) alimente le thème central du délire (idée mégalomaniaque de puissance, de richesse, de filiation).

Le passé est lui aussi remanié avec illusion des souvenirs (Kraepelin), impression de déjà vu, fabulation rétrospective (Dupré) (substitution ou rapt d'enfants, héritages, filiation royale ou illustre).

• Forme fantastique :

Paraphrénie fantastique de Kraepelin, où l'unicité thématique est peu présente sinon par « la cohérence dans l'extravagance ».

La juxtaposition des thématiques mégalomaniaques, dans un monde merveilleux, mythologique, de « science-fiction » rend le discours visionnaire. Ce discours est libéré de toute référence à la réalité ou à la vraisemblance : le patient ici ne cherche pas à convaincre.

Les mécanismes sont imaginatifs avec un **appoint hallucinatoire**. Les hallucinations sont riches, complexes avec hallucinations auditives (musique de la voie lactée, voix célestes, concert d'anges), corporelles (le cristal liquide coule dans mes veines), automatisme mental.

4.2.4. Participation affective :

La participation affective est intense avec exaltation, voire euphorie, dans l'expression du délire. Pourtant les troubles du comportement sont rares, c'est un délire « plus parlé que vécu ».

CRITÈRES CARACTÉRISTIQUES DES DÉLIRES PARAPHRÉNIQUES

- On caractérise les délires paraphréniques par 5 critères :
 - . thématique délirante dominée par le registre fantastique;
 - . prévalence et richesse du mécanisme délirant imaginatif;
 - . coexistence du monde fantastique et du monde réel sans désadaptation du patient à la réalité quotidienne;
 - . absence ou faible systématisation du délire, incohérence;
 - . absence d'évolution délétère, intégrité paradoxale de la pensée logique.

4.2.5. Troubles du langage :

L'expression verbale, graphique ou picturale du sujet reflète l'impénétrabilité et l'incohérence de la pensée du paraphrène en raison de l'utilisation d'une esthétique fantaisiste propre, de l'utilisation de néologismes ou d'un maniérisme du discours.

On a pu la comparer, à certains égards, à la pensée schizophrénique. Mais, à la différence de cette dernière, elle garde sa cohérence, sa construction, son langage comme « outil de communication ».

4.3. Diagnostic différentiel

Il est important de comprendre la valeur syndromique du mécanisme imaginatif.

L'imagination morbide est présente bien sûr dans tous les délires, mais on parle de délire paraphrénique, dans les psychoses non dissociatives, quand le mécanisme imaginatif l'emporte sur tous les autres mécanismes.

4.3.1. Psychose imaginative aiguë :

- L'apparition brutale et d'emblée d'une symptomatologie délirante imaginative peut faire évoquer :
 - . soit une psychose imaginative aiguë, forme rare de psychose aiguë à thématique la plus souvent mystique ou érotique;
 - . soit un mode d'entrée dans la schizophrénie, si la symptomatologie devient chronique et dissociée.
 - . soit un mode d'entrée brutal dans la paraphrénie où l'évolution du tableau au delà de six mois affirmera le diagnostic.

4.3.2. Psychose hallucinatoire chronique :

En faveur de la PHC, on retient l'absence de richesse imaginative de la thématique délirante et la prévalence des mécanismes de type : hallucinations et automatisme mental.

4.3.3. Schizophrénie paranoïde à début tardif :

Le paradoxe de la coexistence d'une pensée fabulatoire, paralogique avec une conservation de l'adaptation à la réalité quotidienne et à la vie sociale est un élément en faveur du diagnostic de paraphrénie.

On recherchera l'absence de syndrome dissociatif, l'absence d'évolution au long cours de la pensée vers l'autisme, l'impénétrabilité et l'apparition du déficit intellectuel, affectif et comportemental.

4.4. Évolution de la paraphrénie

L'évolution, à terme, aboutit à une certaine fixité du discours délirant autour de ses thèmes essentiels.

L'alternance de périodes d'exaltation thymique avec réactivation, fécondité délirante avec des périodes d'atténuation de la symptomatologie est classique.

Grâce à la bipolarité de sa vie psychique (cf. supra), son adaptation à la réalité sociale est peu perturbée. On note une relative rareté des conflits avec l'entourage ainsi que des actes médico-légaux.

L'apparition d'une symptomatologie dissociative avec incohérence massive et pensée autistique franche est une évolution fréquente. Elle pose des problèmes nosographiques concernant les frontières qui délimitent le groupe des délires chroniques non dissociatifs et le groupe des schizophrénies. Pour Kraepelin, 50% des paraphrénies évoluent vers la schizophrénie.

4.5. Traitement

On observe une certaine inefficacité des neuroleptiques anti-productifs sur les mécanismes imaginatifs. Les neuroleptiques ne sont pas systématiques, il faut savoir respecter la fonction défensive du délire. De plus, l'adaptation à la réalité est très longtemps satisfaisante sur le plan professionnel et social.

4.5.1. Chimiothérapie :

- Elle permet dans certains cas la réinsertion sociale, sans réduction du mécanisme du délire et sans obtention d'une critique.
- Les neuroleptiques agissent tout particulièrement :
 - . sur l'exaltation thymique;
 - . sur les phénomènes hallucinatoires;
 - . lors des réactivations délirantes;
 - . en cas d'insomnie, d'agitation, d'angoisse.
- Exemple : un neuroleptique sédatif le soir (NOZINAN®, TERCIAN®, MELLERIL®) que l'on associe avec l'HALDOL® cp en gouttes (5 à 15 mg/j).
- En cas de dépression, de danger de raptus suicidaire lors de la réduction du délire, on doit diminuer le neuroleptique antiproduit. Parfois, on associe à un neuroleptique sédatif un antidépresseur.

4.5.2. Psychothérapie :

L'abord du patient est très difficile car c'est une psychose très narcissique.
Les mesures institutionnelles sont indispensables (Cf. supra : les schizophrénies).

4.5.3. Sociothérapie :

Les mesures sociales sont prises afin d'éviter toute désocialisation.

États psychotiques :

II- Psychoses dissociatives :

les schizophrénies

1. HISTORIQUE – DÉFINITIONS

1.1. Bleuler

Bleuler introduit pour la première fois, en 1906, le terme de « schizophrénie »¹, du grec schizo « je sépare, je scinde » et de frénos, l'esprit.

Pour Bleuler, la schizophrénie est définie par la dissociation qui marque la pensée, c'est-à-dire l'atteinte de son cours : interruption, barrage, rupture dans sa continuité ou sa cohérence. La distractivité est extrême, avec une tendance aux « **relâchements des associations** ». Le relâchement primaire des associations serait alors la cause de l'affaiblissement des fonctions logiques, du défaut de cohérence dans la pensée du schizophrène.

Le terme de schizophrénie de Bleuler désigne la « **démence précoce** » (1896) de son maître Kraepelin.

Bleuler désigne la dissociation (« spaltung ») comme spécifique de la schizophrénie et la rend responsable des symptômes primaires, constants, de la schizophrénie (ce qu'il appelle les « troubles associatifs » (1906)).

DESCRIPTION DE LA SCHIZOPHRÉNIE SELON BLEULER

Sur le plan clinique, Bleuler distingue deux sortes de symptômes :

- Les **symptômes essentiels, constants, « fondamentaux »** : Les 4 « A » de Bleuler
 - . dissociation intrapsychique : perte de l'enchaînement des idées (Alogie), barrages, troubles du langage, de l'attention, de la volition, de l'Affecton, Ambivalence;
 - . dissociation du Moi du monde extérieur : Autisme.
- Les **symptômes inconstants ou « accessoires »** :
 - . délire (« pensée délirante »), hallucinations, syndrome catatonique;
 - . décompensations dépressives ou maniaques;
 - . troubles du jugement et du raisonnement;
 - . déficit pragmatique.

1.2. Kraepelin

En 1889, il englobe 3 formes cliniques dans la « **démence précoce** » : l'hébéphrénie, la catatonie et la **démence paranoïde**.

Pour Kraepelin, la dimension évolutive de la « **dementia praecox** » vers un état démentiel est d'une grande importance dans sa classification (« **fatalité déficitaire** »). Il individualise deux autres groupes : la **paranoïa** et la **psychose maniaco-dépressive**.

C'est l'une des différences les plus importantes qui le sépare de Bleuler. Pour ce dernier la « **fatalité déficitaire** » est inconstante : « il y a des interruptions, des arrêts, des poussées, des rémissions possibles à chaque instant ».

Le terme même de « **démence** » a été vivement critiqué (Chaslin, Ségla). Pour ces auteurs, le déficit schizophrénique n'est pas une **démence stricto-sensu** (au sens d'affaiblissement intellectuel global et irréversible). Il n'est pas non plus toujours **juvénile** ou **précoce** dans le déroulement du processus pathologique.

1. Bleuler emploie ce terme au pluriel : le groupe des schizophrénies, soulignant déjà la considérable hétérogénéité clinique de son concept ainsi que son caractère syndromique.

DESCRIPTION CLINIQUE DE LA SCHIZOPHRÉNIE (DEMENTIA PRAECOX) D'APRÈS KRAEPELIN

Les principaux points de la description clinique de Kraepelin peuvent se résumer ainsi :

- Symptômes fondamentaux :
 - . fléchissement affectif, indifférence;
 - . atteinte de la volonté;
 - . trouble du cours de la pensée et du jugement;
 - . « perte de l'unité intérieure ».
- Symptômes accessoires :
 - . hallucinations, idées délirantes;
 - . automatismes gestuels catatoniques, impulsions;
 - . accès dépressifs ou excitatifs.
- Nature spéciale de la « démence » où l'intelligence, la mémoire et l'orientation sont intactes.
- Caractère « nucléaire » (permanent, même à minima) de l'hébéphrénie dans les trois formes de la démence précoce (hébéphrénique, catatonique, paranoïde).

La classification des schizophrénies par Bleuler reprend les trois formes cliniques de Kraepelin et individualise en plus la « schizophrénie simple ».

Dans cette forme, qui lui semble particulièrement fréquente hors des asiles (alcooliques, clochards, psychopathes), les symptômes fondamentaux de la dissociation sont modérés (relâchement associatif, autisme) et isolés (on ne retrouve pas les hallucinations ou le délire).

C'est dans cette forme clinique qu'il parle de « schizophrénie latente » où « toutes les formes de la maladie peuvent passer par une phase de latence ».

1.3. De nos jours

Le groupe des schizophrénies s'appelle les « **psychoses dissociatives** » pour souligner, non seulement l'hétérogénéité clinique (absence de « la schizophrénie »), mais encore l'impact des thérapeutiques efficaces (biologiques, psychothérapiques, sociothérapiques) qui l'éloigne davantage encore du modèle Kraepelinien de « démence irréversible ».

Actuellement, le modèle Bleulérien de la schizophrénie reste le plus utilisé et source d'enrichissements ultérieurs.

1.4. Définition

Malgré l'absence de définition rigoureuse de cette entité, les cliniciens reconnaissent comme *psychose dissociative* :

« un ensemble de troubles où dominant la discordance, l'incohérence verbale, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes, les hallucinations mal systématisées et de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments; troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité » (Ey).

Le caractère « chronique » des schizophrénies définit plus la **potentialité** d'une tendance évolutive qu'une évolution inéluctable et déterminée (Conférence de consensus, 1994).

2. CLINIQUE

2.1. Dissociation : noyau commun des schizophrénies

Actuellement, même si l'on considère l'importante hétérogénéité des schizophrénies, il semble que le noyau commun des schizophrénies soit la dissociation de la vie mentale.

DISSOCIATION SCHIZOPHRÉNIQUE

- La dissociation fondamentale du patient apparaît dans toutes les dimensions de la vie psychique : intellectuelle, effective et comportementale.
- La dissociation caractérise, au niveau intrapsychique, la rupture des processus unissant le psychisme de l'individu. Ainsi les trois champs constitutifs de l'individu : affect, pensée et comportement, ne sont plus reliés ensemble harmonieusement.

DISCORDANCE SCHIZOPHRÉNIQUE

- Le terme de **discordance** est utilisé de nos jours comme un reflet au niveau clinique de la dissociation¹ intra-psychique.
- Les différents aspects de la discordance sont :
 - l'ambivalence;
 - la bizarrerie;
 - l'impénétrabilité;
 - le détachement du réel.

2.1.1. Ambivalence :

Disposition de l'esprit à réaliser simultanément des états psychiques opposés (Boutonnier).

*« Je suis la plaie et le couteau
Je suis le soufflet et la joue
Je suis les membres et la roue
Et la victime et le bourreau. »*

Baudelaire, « Les fleurs du mal »

- On peut isoler trois types d'ambivalence :
 - l'**ambivalence affective** : amour/haine, attirance/répulsion, rire/colère, désir/rejet, séduction/agression, fusion/séparation;
 - l'**ambivalence de la volonté** (ambitendence) : le patient veut en même temps manger et ne pas manger, veut sortir de l'hôpital et résiste à toute tentative de sortie, demande du travail et ne peut se décider à le faire ou encore, des voix lui conseillent de se jeter au-dessus d'un pont et dans la même phrase se moquent de lui, car il veut se jeter au-dessus d'un pont;
 - l'**ambivalence intellectuelle** : expression d'une phrase et de son contraire : « Je suis le fils de ma mère, mais je ne suis pas son fils », « je n'entends jamais de voix, elles ne me disent que des injures ».
- Les trois formes de l'ambivalence sont le plus souvent inséparables entre elles, on parle alors d'**ambivalence mixte** :
 - affectivité et volonté « je veux, je ne veux pas l'épouser »;
 - intellectuelle et affective « je suis plus fort que tout le monde, que Dieu, Il me harcèle et me transperce le cerveau » (idée de grandeur et de persécution avec désir et crainte).

2.1.2. Bizarrerie :

Visible dans les idées étranges, baroques, paradoxales. Les idées s'enchaînent d'une façon étrange, insolite. Cette bizarrerie est surtout ressentie par l'observateur, moins par le patient.

2.1.3. Impénétrabilité :

Tonalité énigmatique de son discours, hermétisme de sa vie, de ses conduites ou de ses projets.

2.1.4. Détachement du réel :

Retrait du patient vers l'intérieur de soi, perte du contact vital avec la réalité (Minkowski), absence de communication par retrait affectif², enfermement dans une rêverie autistique intérieure (autisme).

1. Pour Chaslin, la « discordance » est un défaut de concordance : « cette discordance entre la mimique, l'émotion et le délire ». La discordance, selon Chaslin, est comme une dissonance dans une partition musicale, un manque partiel ou total d'harmonie entre des éléments fonctionnels (idées, actes, affects, discours, etc.) normaux ou pathologiques (délire).

Exemple : dire, en souriant, que sa tête a été attachée par des « élastes », montre une discordance par l'absence d'harmonie entre la qualité de l'émotion et les thèmes du délire.

2. Certains auteurs différencient le retrait affectif du patient de l'indifférence affective qui sous-entend un jugement de valeur sur son attitude et une inférence sur son état de pensée. En pratique, il est toujours difficile de savoir quels sont les sentiments que le patient éprouve, en raison, justement, de son désinvestissement apparent de la réalité.

Cette perte du contact avec la réalité se manifeste aussi bien au niveau de la volonté et au niveau affectif (apragmatisme, désintérêt, athymormie), qu'au niveau de la pensée : monde magique, vécu dans la réalité de son monde fantasmatique, instinctuel.

La discordance est retrouvée tout au long de la maladie et dans toutes ses formes cliniques, elle paraît donc constituer le « noyau commun » des schizophrénies.

2.2. Syndrome dissociatif

2.2.1. Dissociation des fonctions supérieures (cf. chapitre Sémiologie) :

SYNDROME DISSOCIATIF

1. Dissociation des fonctions supérieures

- Troubles des fonctions élémentaires
- Troubles de la pensée
 - . altération du débit idéique
 - . altération des associations
- Troubles du langage
 - . altérations phonétiques
 - . altérations sémantiques, syntaxiques
 - . détournement fonctionnel du langage
- Distorsion du système logique
 - . pensée illogique, déréelle
 - . pensée magique
 - . rationalisme morbide

2. Dissociation des fonctions affectives

- Altération de la vie affective de base
 - . athymormie, négativisme
 - . ambivalence affective
 - . réactions émotionnelles brutales
- Régression instinctivo-affective

3. Dissociation de l'activité et du comportement

- Bizarries du comportement
- Apragmatisme, aboulie
- Syndrome catatonique

2. Dissociation des fonctions affectives

- Altération de la vie affective de base
 - . athymormie, négativisme
 - . ambivalence affective
 - . réactions émotionnelles brutales
- Régression instinctivo-affective

3. Dissociation de l'activité et du comportement

- Bizarries du comportement.
- Syndrome catatonique

DISSOCIATION DES FONCTIONS SUPÉRIEURES

1. Troubles des fonctions élémentaires

- Distractivité
- Remaniement mnésique
- Absence de troubles de la vigilance

2. Troubles de la pensée

- Altération du débit idéique
 - . accélération, ralentissement
 - . barrage, fading, idée parasite
 - . augmentation du temps de latence des réponses
 - . mutisme, semi-mutisme, impulsions verbales
 - . tendance au monologue
- Altération des associations, relâchement des liens associatifs
 - . diffluence du discours, flou de la pensée
 - . défaut associatif, réponses à côté (Ganser)
 - . persévération verbale

3. Troubles du langage

- Altérations phonétiques
 - . altération du timbre de la voix, du matériel phonétique
- Altérations sémantiques, syntaxiques
 - . néologismes, paralogismes
 - . précision, maniérisme
 - . agrammatisme
- Détournement fonctionnel du langage
 - . logolâtrie, glossolalie
 - . schizophasie

4. Distorsion globale du système logique

- Pensée déréelle, illogique, absurde.
- Ambivalence intellectuelle.
- Diffluence.
- Pensée concrète, répétitive, imaginaire, incohérente.
- Pensée magique.
- Abstractionnisme.
- Symbolisme.
- Rationalisme morbide.

• Troubles des fonctions élémentaires :

La dissociation de l'attention se traduit par une **distractivité extrême** avec une attention faible, variable d'un moment à l'autre, sélective.

Le patient paraît sans cesse envahi par des perceptions extérieures et intérieures (**hyperstimulation perceptive**) qui monopolisent son attention. Il peut être incapable de limiter son attention à une tâche précise.

• Troubles de la pensée :

« D'un côté c'est la mer de l'autre l'Italie. Voilà les isbah russes. Mère, sauve ton pauvre fils. Savez-vous que le Bey d'Alger a un gros bouton sur le nez ? »

Gogol, « Journal d'un fou »

L'atteinte se situe aussi bien au niveau du cours de la pensée (atteinte dynamique) qu'au niveau de son contenu (relâchement associatif, absence de thématique précise, diffluence).

— Au niveau de son cours global :

La dissociation entraîne une discontinuité de la pensée par **altération du débit idéique** : accélération, ralentissement, voire suspension brusque du discours (**barrage**). Après un barrage, le sujet reprend son discours sur un thème identique ou différent, sans qu'il en soit particulièrement affecté.

Parfois, le discours ralentit, devient presque inaudible, puis reprend spontanément son rythme : c'est le **fading mental**.

Le barrage et le fading sont pathognomoniques d'une dissociation intellectuelle.

— Au niveau de son agencement thématique :

Le relâchement des associations idéiques entraîne une **diffluence du discours**, un flou de la pensée.

En effet, le sujet n'associe pas d'une façon cohérente ses idées (cohérence pour lui mais pas pour nous !). Ainsi son discours présente-t-il des ruptures brusques de sens, des coq-à-l'âne bizarres, des associations absurdes et des digressions incontrôlables et illogiques : c'est la diffluence, reflet de la dissociation de la pensée.

Ce **relâchement associatif** entraîne aussi une incapacité à répondre correctement à une question précise : ses réponses sont tangentielles, à côté (syndrome de Ganser). Aussi, répète-t-il d'une façon stéréotypée la question de l'interlocuteur (écholalie), ou une même idée (persévération verbale : répétition stéréotypée des mêmes idées).

• Troubles du langage :

Ils reflètent l'incohérence de la pensée (perturbation des règles du langage et des mots) et augmentent les difficultés de communication avec le patient.

— Altérations phonétiques :

Elles concernent l'altération du timbre, de l'intonation, du rythme de la voix (prosodie), et de l'articulation des mots. Rappelons que les neuroleptiques peuvent aussi donner un trouble de l'articulation qu'il est important de différencier.

On observe aussi des modifications de la structure phonétique : substitution de phonèmes, etc.

— Altérations sémantiques, syntaxiques :

Les altérations sémantiques sont très caractéristiques et donnent au langage un aspect bizarre, métaphorique, abstrait.

Le patient :

- modifie le sens des mots : paralogismes : mots connus pris dans une acception personnelle;
- utilise des néologismes étranges : mots entièrement nouveaux;
- utilise un même mot avec plusieurs sens : mot polysémique, mot valise.

Le langage, résultant de ces troubles, est précieux, maniéré. Cette préciosité se retrouve aussi au niveau du langage écrit, volontiers symbolique, abstrait.

L'agrammatisme est la mauvaise utilisation de la syntaxe, ainsi la construction grammaticale de la phrase peut-elle être bouleversée (akathasie).

— Détournement fonctionnel du langage :

« Jira lépadoce y guréle por karité le patébol. »

« Propos » d'un patient.

Le langage n'est plus utilisé comme un outil de communication réciproque, mais détourné au profit d'une symbolique personnelle, hermétique.

Il y a **logolâtrie** (culte des mots), **glossolalie** (langage privé).

Au maximum, on observe une incohérence verbale, avec parfois création d'un néolangage incompréhensible pour toute personne excepté pour le patient : **schizophasie**.

• Distorsion globale du système logique :

« L'énigmatisme est pour les schizophrènes comme une règle de vie; qui les comprend ne comprend rien, mais qui ne comprend plus commence à les comprendre. »

P.C. Racamier, « Les schizophrènes »

L'altération du système logique entraîne une **pensée illogique, déréelle**, c'est-à-dire une « pensée relevée de l'obligation d'être objective et compréhensible ».

La logique est donc archaïque, absurde, inadéquate, pseudo-logique, ne porte à aucune conséquence pragmatique. Elle admet les contraires (ambivalence intellectuelle) et peut être diffluente comme nous l'avons vu plus haut (absence d'axe thématique précis).

La pensée est soit concrète et répétitive, soit imaginaire et sans cohérence, ou les deux à la fois.

On observe aussi une **pensée magique** (prendre une idée pour une réalité), c'est la « toute-puissance des idées »¹ du patient.

2.2.2. Dissociation des fonctions affectives :

• Altération de la vie affective de base :

Elle est dominée par deux types de symptômes : l'**athymormie** (Guiraud) et l'**ambivalence affective**.

— Athymormie ou perte de l'élan vital :

C'est le retrait, le désintérêt, l'émoussement affectif vis-à-vis des personnes, des activités, des projets.

Le contact avec le sujet est froid, distant, il se montre indifférent à tout ce qui l'entoure ou qui le concerne. Il présente parfois une conduite plus active de refus à toute sollicitation extérieure : c'est le négativisme.

Cette attitude défensive comprend l'inertie, l'oppositionnisme agressif, l'ironie, le dédain, l'entêtement et la bouderie. Souvent cette attitude de retrait actif masque une hypersensibilité extrême, à vif.

— On observe des réactions émotionnelles brutales et paradoxales dans ce qui paraît être un retrait affectif total :

- colères violentes pour une cause minime;
- accès de rire soudain;
- impulsions immotées;
- actes auto- ou hétéro-agressifs incompréhensibles;
- parathymie : expressions émotionnelles (sentiment de bonheur ou d'angoisse ou de désespoir) paradoxales et déconcertantes, inadaptées à la situation ou au contenu du discours tenu par le patient.

— Ambivalence affective :

Elle domine ce type de réactions, le patient oscille entre des sentiments très vifs et une contention affective paradoxale.

Ex. : patient qui demande des soins en cassant tout ce qui passe à sa portée; ou encore patient mutique lorsque ses parents lui rendent visite; il gardera les poings fermés jusqu'à s'entailler la paume avec ses ongles.

L'ambivalence affective s'exprime en dehors de toute surprise ou perplexité du patient. Il ne montre aucune gêne lorsqu'il exprime des sentiments contraires d'une façon simultanée, ou lorsqu'il ne peut moduler d'une façon satisfaisante ses affects.

1. Rappelons que la toute-puissance des idées existe aussi dans la névrose obsessionnelle.

• Régression instinctivo-affective :

Le patient exprime sans retenue, avec ou sans passage à l'acte, des fixations auto-érotiques polymorphes (masturbation compulsive, érotisme urétral, anal, oral, auto-mutilation sexuelle), incestueuses, homosexuelles, perverses (conduite sado-masochiste, zoophilie, coprophagie, viols, crimes sexuels) ou encore plus étranges. Sa vie sexuelle, lorsqu'elle est présente, est vécue sans affect ou dans une frénésie discordante, froide, sans émotion apparente.

La dissociation dans la sphère affective (athymormie, négativisme, réactions émotionnelles brutales, régression instinctive) entraîne le plus souvent une **altération des relations** sociales, familiales et sexuelles, et représente une des circonstances de consultation du patient, le plus souvent accompagné de ses proches.

L'ambivalence, l'aboulie, l'inertie entraînent un **isolement social** progressif, un abandon des activités scolaires, des loisirs ou des activités professionnelles.

Parfois, il subsiste des activités isolées, évoluant par accès, sans but précis, étranges ou encore des projets peu cohérents, rapidement avortés.

Au maximum apparaît un **apragmatisme** quasi-total, où le patient n'arrive plus à faire les gestes de la vie quotidienne (clinophilie, négligence corporelle, incurie, refus de s'alimenter).

L'indifférence apparente aux autres ou les passages à l'acte agressif entraînent une **rupture des liens familiaux** à plus ou moins brève échéance.

2.2.3. Dissociation de l'activité et du comportement :

L'atteinte dissociative du domaine psychomoteur se reflète par l'indécision du geste, le maniérisme, et le caractère discordant et incohérent de la mimique, des attitudes ou des conduites (syndrome catatonique, parakinésie, impulsions).

L'aboutissement de l'ambivalence dans les décisions, projets et choix est l'**apragmatisme**, l'**aboulie** : un acte est constamment freiné, voire empêché par son contraire.

• Bizarries du comportement :

Au niveau de la mimique, on voit des expressions contradictoires avec le contexte (sourire discordant, parasitisme mimique).

La gestuelle est mal coordonnée, dysharmonieuse, affectée, surchargée. De l'ensemble résulte un maniérisme extrême, surchargeant la mimique, les gestes, les attitudes.

L'expression des émotions est emphatique, théâtrale, poussée à l'extrême. Le maniérisme et le théâtralisme semblent parodier le naturel pour tenter de masquer la discordance sous-jacente.

A la différence du théâtralisme ou du maniérisme hystérique, le comportement est ici inadapté, le théâtralisme est baroque. Le sujet éprouve bien moins que nous le côté bizarre de son attitude.

On observe aussi des actes cocasses, absurdes, choquants, symboliques. Ils sont à rapprocher des impulsions.

• Syndrome catatonique :

SYNDROME CATATONIQUE

Négativisme psychomoteur

- Clinophilie, mutisme, attitude butée, opposition, repli.
- Refus de la main tendue, occlusion forcée des paupières
- Haussement d'épaules, esquive du contact physique.

Inertie psychomotrice

- Attitude de passivité, suspension des gestes.
- Suggestibilité paradoxale : échomimie, échopraxie, écholalie.

Catalepsie

- Flexibilité cirreuse.
- Conservation des attitudes imposées.
- Perte de l'initiative motrice.

Hyperkinésie

- Parakinésies : paramimies, stéréotypies motrices.
- Stéréotypies verbales.
- Impulsions violentes, verbales, gestuelles.
- Décharges motrices clastiques.

Le syndrome catatonique regroupe un ensemble de symptômes psychomoteurs. Ils peuvent cependant tous exister indépendamment, ou a minima, chez tout patient dissocié au niveau du comportement.

La discordance apparaît ici entre les symptômes eux-mêmes : discordance entre la suggestibilité et le négativisme, la stupeur et l'agitation, la verbigeration et le mutisme.

Les impulsions sont souvent inattendues dans ce tableau où domine l'inertie psychomotrice. Elles sont de plusieurs types : actes auto-agressifs (suicide, mutilation, scarification, brûlure) ou hétéro-agressifs (meurtre, viol), fugues, crises clastiques.

Ces impulsions sont soudaines, imprévisibles, incoercibles.

Elles ont un caractère étrange, archaïque (barbouillage avec ses excréments, coprophagie), bizarre, symbolique ou délirant : brûlure à la face dorsale des mains par une ampoule électrique pour représenter les stigmates du Christ, mère sacrifiant sa fille qu'elle pense envoûtée.

La symptomatologie catatonique présente une dernière caractéristique importante : c'est la brutale suspension temporaire ou définitive de l'ensemble du tableau, sans que l'on puisse isoler la cause d'une telle variabilité.

L'utilisation du terme « syndrome » pour désigner la catatonie implique l'existence d'autres étiologies pouvant donner un tableau syndromique similaire (cf. diagnostic différentiel).

2.3. Délire paranoïde

Bleuler considère le délire paranoïde comme un symptôme non constant des schizophrénies.

DÉLIRE PARANOÏDE

Lorsqu'il est présent, le délire reflète la dissociation de l'unité psychique de l'individu. À ce titre, le délire est empreint d'ambivalence, de bizarrerie, d'impénétrabilité.

À la différence des délires non dissociatifs, le délire paranoïde n'a aucun souci de clarté ou de logique. Là encore, l'illogisme de la pensée apparaît.

2.3.1. Ancienneté :

- Par définition, le délire est chronique car il appartient au groupe des psychoses dissociatives et donc aux psychoses chroniques.
- Une manifestation aiguë peut se voir dans deux occasions :
 - . mode d'entrée brutal dans la schizophrénie. Sa persistance au-delà de six mois avec des signes de la série dissociative permet un diagnostic;
 - . exacerbation aiguë (moment fécond, poussée processuelle) au cours d'une schizophrénie.

2.3.2. Thématique :

« Je suis l'envoyé de Dieu pour détruire la terre, car elle m'aime, je le sais, elle me l'a dit, ils veulent me tuer j'en sais trop sur lui, il me parle, me dit tout ce que je dois faire, j'ai trouvé comment amener la paix, je sais comment faire, il faut installer des violons partout et jouer, jouer, jouer... »

Un patient

Les thématiques sont multiples (**polythématique**), enchevêtrées d'une façon incompréhensible, illogique, hermétique.

Aucune des thématiques n'est spécifique du délire paranoïde : syndrome d'influence (sentiments imposés, suggestion de la pensée, érotisation de la pensée, actes ou impulsions imposés), dédoublement, idée de références, persécution, complot, hypocondrie, érotomanie, mystique, catastrophe, fin du monde, mégalomanie, divination, démonisme, fantastique, identité, etc.

2.3.3. Mécanismes :

Les mécanismes sont multiples (**polymorphes**), aucun n'est spécifique et tous peuvent se rencontrer : intuitions, interprétations, illusions, hallucinations psychiques et psychosensorielles (sensations corporelles imposées).

On note la fréquence des cénesthopathies et des hallucinations auditives (par rapport aux hallucinations visuelles). L'automatisme mental est quasi-constant.

2.3.4. Structure :

Le délire paranoïde est par définition **non structuré** et non systématisé. Le polymorphisme des mécanismes et le caractère polythématique en sont responsables.

La structure est marquée par la dissociation : le discours délirant est flou, diffus, contradictoire, incohérent.

2.3.5. Participation affective :

L'angoisse, le plus souvent, domine le tableau, en particulier lors d'un syndrome de dépersonnalisation ou de déréalisation associé. C'est une angoisse profonde, majeure, entraînant souvent des troubles du comportement auto- ou hétéro-agressifs.

La participation thymique est variable : sentiment d'élation, d'euphorie intense, de toute-puissance ou au contraire de dépression, de tristesse intense. Parfois, le délire est vécu d'une façon discordante : sans aucune charge affective, avec froideur, indifférence, sans parallélisme avec les contenus délirants. **Cette dissociation idéo-affective est très caractéristique du délire paranoïde.**

On ne doit pas confondre l'incohérence du délire avec la discordance. En effet, on peut voir des délires tout à fait incohérents, illogiques avec des émotions et des comportements appropriés, donc non discordants.

2.4. Autre regroupement des symptômes

- Dans les pays anglo-saxons et dans beaucoup d'échelles cliniques psychopathologiques, un autre regroupement syndromique est utilisé.
 - **les symptômes positifs, productifs** : idées délirantes, hallucinations, agitation;
 - **les symptômes négatifs, déficitaires** : appauvrissement moteur, apragmatisme, aboulie, appauvrissement du discours, de la pensée, perte des initiatives, anhédonie, trouble de l'attention, retrait des relations sociales, isolement.
- En pratique, rarement les patients sont uniquement productifs ou déficitaires. La plupart sont « mixtes » et possèdent une symptomatologie empruntant des symptômes à ces deux groupes.

3. FORMES CLINIQUES DES SCHIZOPHRÉNIES

3.1. Forme de début

En raison de l'importance de la mise en route précoce d'un traitement spécifique, il est essentiel de savoir évoquer et reconnaître un diagnostic de schizophrénie dans les formes de début.

Cela est souvent difficile dans les formes trompeuses (pseudo-névrotiques, formes atypiques de dépression, de manie) ou dans les formes pauci-symptomatiques.

Dans toutes ces formes de début, on doit rechercher les indices de dissociation.

On différencie les modes d'entrée aigus, à début brutal, des formes à début progressif.

FORMES DE DÉBUT DE LA SCHIZOPHRÉNIE

Début brutal

- Bouffée délirante aiguë.
- État thymique atypique.
- État confusionnel.
- Impulsions, troubles des conduites.

Début insidieux et progressif

- Fléchissement de l'activité.
- Modification de l'affectivité et de la personnalité.
- Idées délirantes.
- Troubles du comportement.
- Manifestations pseudo-névrotiques.

3.1.1. Début brutal :

Le début est aigu et remonte donc à moins de six mois. Il est essentiel, comme on le verra dans la démarche diagnostique, d'attendre un délai d'au moins six mois d'une symptomatologie continue, avant de porter un diagnostic de schizophrénie.

C'est donc toujours un diagnostic rétrospectif que l'on sera amené à porter (« c'était un mode d'entrée brutal dans la schizophrénie »).

En effet, aucun élément clinique descriptif ne permet de prévoir une évolution certaine vers la schizophrénie.

La forme de début brutal représente 50 à 65% des modes d'entrée dans la schizophrénie.

• Bouffée délirante aiguë :

Il est particulièrement difficile, devant une bouffée délirante aiguë, de prédire une évolution schizophrénique.

L'angoisse de morcellement, une thématique délirante étrange, abstraite ou de transformation corporelle, un rationalisme morbide, une perte de contacts sociaux antérieure à l'épisode, des hallucinations olfactives seraient des indices d'une évolution dissociative ultérieure, donc de mauvais pronostic.

En fait, tous ces éléments ne sont pas déterminants et peuvent se voir dans toutes les bouffées délirantes aiguës (cf. question « bouffée délirante aiguë »), et seule la qualité de la restitution après l'accès (critère évolutif) représente un argument diagnostique.

• État thymique atypique :

- L'atypie d'un épisode thymique (dépressif, maniaque, mixte) est évoquée devant un tableau thymique :
 - . incomplet;
 - . non caractéristique dans sa phase d'état;
 - . non caractéristique dans son évolution sous traitement;
 - . présentant des éléments dissociatifs.
- On observe aussi des états mixtes (cf. chapitre troubles thymiques) où la froideur du contact et l'asintonie (repli sur soi) du patient sont très évocateurs de dissociation.
- Parfois, un état thymique tout à fait typique inaugure le processus dissociatif.

ÉLÉMENTS EN FAVEUR D'UNE DÉPRESSION ATYPIQUE

- Inhibition psychomotrice massive (jusqu'à la stupeur) sans douleur morale.
- Désintérêt plus partiel que global.
- Non congruence des idées délirantes à l'humeur.
- Thématique délirante, de type diabolique, culpabilité sexuelle, persécutrice, hypochondriaque.
- Présence d'un mécanisme hallucinatoire, d'un automatisme mental.
- Signes dissociatifs :
 - . discordance;
 - . effluence des propos;
 - . froideur des affects;
 - . illogisme des propos ou des justifications mélancoliques;
 - . non systématisation du délire;
 - . automutilation, geste suicidaire de motivation bizarre.
- Angoisse profonde, monotone.
- Épisode d'allure mélancolique sur un terrain jeune.
- Résultat des tests psychométriques.

ÉLÉMENTS EN FAVEUR D'UNE MANIE ATYPIQUE

- Absence d'antécédent périodique, d'état euphorique avec fuite des idées.
- Fluctuation de la symptomatologie, alternance d'états thymiques opposés.
- Dissociation du langage et de la pensée :
 - . barrages;
 - . fuite des idées : illogiques, incohérentes, bizarres;
 - . crudité des propos, au-delà de la familiarité;
 - . délire non congruant à l'humeur.
- Dissociation comportementale :
 - . négativisme (mutisme), stupeur;
 - . agitation psychomotrice sans euphorie;
 - . impulsivité, agitation catatonique, furieuse, chaotique;
 - . stéréotypie.
- Absence d'hypersyntonie (asintonie).
- Retrait affectif, isolement.
- Rires immotivés.
- Délire avec hallucinations, thématique d'influence.
- Prédominance des idées délirantes sur la fuite des idées.
- Trouble de la conscience :
 - . perplexité;
 - . désorientation temporo-spatiale;
 - . état oniroïde ou crépusculaire.
- Anxiété massive.

• État confusionnel :

L'incohérence idéo-verbale et la discordance du comportement sont prédominantes par rapport à l'onirisme, typique d'organité.

On recherche un syndrome catatonique, un négativisme, des stéréotypies et l'absence de trouble de la vigilance, d'aggravation vespérale.

Ce mode de début est rare et reste un diagnostic d'élimination du syndrome confusionnel.

• Trouble des conduites :

- On retrouve chez l'adolescent surtout, la coexistence de signes dissociatifs (discordance, rationalisme morbide, justifications insolites, étranges) et des impulsions :
 - . auto-mutilations bizarres, crimes immotivés;
 - . crise clastique;
 - . délinquance sans profit, toxicomanie;
 - . agression intra-familiale grave (homicide).

3.1.2. Début insidieux et progressif :

On recherche la rupture caractéristique dans la vie du sujet par rapport à sa personnalité antérieure, à ses activités (rupture scolaire, service militaire, rentrée universitaire, insertion professionnelle).

Le début se fait sur six mois au moins.

• Fléchissement de l'activité :

Ce fléchissement se constate aussi bien sur le plan physique que psychique.

La perte d'activité entraîne un retentissement au niveau scolaire, professionnel, social : retrait avec isolement progressif (redoublement, perte du travail, des relations, des amis).

Le patient présente une apathie, un état de fatigue inexplicable, un laisser-aller.

L'ensemble est vécu dans une atmosphère d'indifférence, de perplexité ou avec une attitude d'opposition à toute aide.

Cet état peut s'installer en dehors de tout contexte réactionnel ou d'opposition familiale. Il est d'autant plus caractéristique que le sujet était auparavant brillant, actif et « sans problème ».

La détérioration du niveau de fonctionnement se fait en dehors de tout contexte dépressif ou toxique.

DÉBUT PROGRESSIF DES SCHIZOPHRÉNIES : FLÉCHISSEMENT DE L'ACTIVITÉ

Psychique

- Baisse du rendement intellectuel, négligence des tâches réelles.
- Difficulté de concentration, activités stériles.
- Ennui profond, désintérêt, aboulie.
- Activités étranges, inhabituelles (collectionnisme bizarre).
- Vécu perplexe ou indifférent.

Physique

- Apragmatisme, clinophilie.
- Inertie, apathie.
- Asthénie avec rationalisations hypocondriaques.

• Modification de l'affectivité et de la personnalité :

- Là encore, la rupture avec la personnalité prémorbide est caractéristique.
- On observe les premiers signes de discordance :
 - . ambivalence affective (haine vis-à-vis des objets d'amour antérieurs, revendications affectives intenses, colères immotivées);
 - . froideur affective, détachement, sauvagerie;

- athymormie;
- développement d'idées originales : fanatisme paradoxal, mysticisme, ésotérisme, occultisme (création de sectes).

• Idées délirantes :

On observe l'installation progressive d'idées délirantes de mécanisme hallucinatoire (auditif, olfactif, automatisme mental) à thématique hypocondriaque, d'influence, télépathique, persécutrice, d'auto-accusation, d'empoisonnement. La dominance des thèmes porte souvent sur le mystère des origines, sur l'explication scientifique, métaphysique ou philosophique du monde.

• Troubles du comportement :

DÉBUT PROGRESSIF DES SCHIZOPHRÉNIES : TROUBLES DU COMPORTEMENT

- Conduite toxicomaniaque comme automédication secondaire à l'angoisse psychotique, à un sentiment de vide.
- Trouble des conduites sexuelles (prostitution, nymphomanie, sadomasochisme, don juanisme) qui sont vécus avec froideur affective ou dans un contexte délirant.
- Apragmatisme sexuel, conduite incestueuse.
- Conduite excentrique, actes cocasses, saugrenus.
- Conduite agressive (intra-familiale), fugues, tentative de suicide, crimes;
- Trouble de la conduite alimentaire : anorexie mentale (20 à 30% des conduites anorexiques révèlent un processus dissociatif).

La rationalisation de ces conduites est pauvre, incohérente ou discordante.

Un délire sous-jacent est souvent présent.

• Manifestations pseudo-névrotiques :

L'atypie d'une symptomatologie névrotique est, comme pour l'atypie des états thymiques, évoquée devant un tableau incomplet, non caractéristique dans sa phase d'état ou dans son évolution sous traitement, ainsi qu'en présence d'éléments dissociatifs.

Les formes pseudo-hystériques sont difficiles à diagnostiquer. On observe des syndromes conversifs de tout type, des accès catatoniques, un théâtralisme exacerbé, un maniérisme, des stéréotypies. Le contexte ne montre pas de bénéfices secondaires évidents.

DÉBUT PROGRESSIF DES SCHIZOPHRÉNIES : MANIFESTATIONS PSEUDO-NÉVROTIQUES

Dans les formes pseudo-obsessionnelles

- On retrouve :
 - la précocité et l'intensité de l'apragmatisme;
 - l'absence de lutte anxieuse;
 - l'absence de critique ou une critique partielle du trouble;
 - la présence de rituels et d'obsessions surtout sexuels;
 - l'aspect automatique et stéréotypé du comportement;
 - des obsessions étranges, bizarroïdes à caractère intrusif, voire persécutif.

Dans les formes pseudo-phobiques

- On retrouve : les phobies dites « atypiques » : éreutrophobie, nosophobie, phobie du regard ou dysmorphophobie. Leur survenue récente et non dès le plus jeune âge est aussi un bon argument d'atypicité.

Les manifestations pseudo-hypocondriaques :

- La dépersonnalisation, la disjonction de l'intégrité corporelle;
- Le patient reste de longues heures devant le miroir, s'interroge sur sa morphologie, l'existence réelle de son visage; c'est le classique « signe du miroir » ou encore l'héautoscopie négative : absence d'image perçue dans le miroir.

3.2. Formes évolutives

La nécessité didactique oblige à différencier nettement les nombreux syndromes des psychoses dissociatives. En pratique, l'expression clinique est très variable d'un patient à l'autre, tous les symptômes ne sont pas toujours présents et leur existence fluctue au cours du temps.

FORMES ÉVOLUTIVES DES SCHIZOPHRÉNIES

- Schizophrénie simple.
- Schizophrénie paranoïde.
- Schizophrénie hétérophrénique.
- Schizophrénie catatonique.
- Schizophrénie dysthymique.
- Schizophrénie pseudo-névrotique.
- Schizophrénie pseudo-psychopathique.

3.2.1. Schizophrénie simple :

Bleuler la définit par une évolution très lente et insidieuse avec dissociation (surtout au niveau affectif) et autisme. On ne retrouve pas au premier plan une production délirante ou des troubles majeurs du cours de la pensée. En revanche, on retrouve fréquemment une personnalité schizoïde prémorbide.

SCHIZOPHRÉNIE SIMPLE

- Appauvrissement des relations avec le monde extérieur, l'entourage familial.
- Apragmatisme scolaire, puis professionnel.
- Ambivalence affective, affectivité appauvrie.
- Tendance à l'isolement, au repli autistique.
- Vie de plus en plus stéréotypée, ritualisée.

La tolérance du milieu familial est parfois remarquable pour ce tableau où toute symptomatologie floride est absente.

Certains milieux artistiques, scientifiques, politiques, marginaux, religieux offrent à ces patients un environnement tout particulièrement tolérant (dilettantisme improductif, abstractionnisme et idéalisme doctrinaire).

Ces formes sont, pour Bleuler, rarement hospitalisées en dehors des périodes de décompensation aiguë, par accentuation de la symptomatologie de base. On observe alors une conduite toxicomaniaque, délinquante, un vagabondage sans but précis, une agressivité impulsive.

L'évolution lente vers un déficit de plus en plus marqué est toujours à craindre.

3.2.2. Schizophrénie paranoïde :

Elle associe au syndrome dissociatif une activité délirante quasi-permanente : le délire paranoïde est au premier plan du tableau clinique.

Elle représente la forme la plus fréquente et la plus riche des formes de schizophrénie.

De façon classique, elle apparaît plus tardivement que les formes hétérophréniques.

MODE D'APPARITION D'UNE SCHIZOPHRÉNIE PARANOÏDE

- Le début peut être :
 - . brutal d'emblée au cours d'une expérience délirante primaire, sans aucune critique, dans un état de bouleversement émotionnel intense et de perplexité anxieuse;
 - . progressif, insidieux, précédé d'une période d'auto-analyse permanente;
 - . après plusieurs épisodes délirants aigus ou subaigus incomplètement résolus.

Le traitement chimiothérapique peut transformer l'évolution de cette forme en des formes pseudo-névrotiques, périodiques ou résiduelles (enkystement, pseudo-systématisation du délire).

Dans le cas de résistance au traitement, le délire devient de plus en plus illogique, incohérent, et entraîne un repli autistique et un apragmatisme progressifs du patient.

3.2.3. Schizophrénie hébéphrénique :

Elle se caractérise par tous les éléments du syndrome dissociatif dans les trois domaines : fonctions supérieures, affectives et comportementales. On ne retrouve pas au premier plan d'activité délirante.

Le début est précoce, entre 15 à 20 ans. L'installation est progressive et insidieuse, surtout chez l'adolescent (difficultés scolaires avec rationalisme morbide autour de plaintes hypocondriaques de « fatigue »).

Cette forme est typiquement plus résistante aux thérapeutiques (chimiothérapiques, psychothérapiques, sociothérapiques). L'évolution la plus à craindre est la progression vers un déficit de plus en plus important dans tous les domaines avec apragmatisme massif ou encore vers une ritualisation de la vie dans des tâches stéréotypées.

Cependant, comme l'a souligné Bleuler, « la fatalité déficitaire n'est pas constante ».

En effet, sous traitement, on peut observer une rémission partielle ou totale.

3.2.4. Schizophrénie catatonique :

C'est la survenue, sur une forme hébéphrénique le plus souvent, du syndrome catatonique tel qu'il a été décrit plus haut.

La schizophrénie catatonique évolue, par phases résolutives le plus souvent, d'une façon intermittente ou périodique. Elle est rarement définitive de nos jours.

Toutefois, en l'absence de traitement rapidement mis en œuvre (sismothérapie), on peut observer une évolution aiguë mortelle.

3.2.5. Schizophrénie dysthymique :

CARACTÉRISTIQUES DE LA SCHIZOPHRÉNIE DYSTHYMIQUE

- C'est une forme de schizophrénie :
 - . intermittente ou périodique;
 - . avec des crises dissociatives aiguës délirantes ou catatoniques;
 - . et associées à des troubles de l'humeur expansive ou dépressive.

Le risque suicidaire est maximal dans les phases dépressives ou délirantes aiguës et aggrave considérablement le pronostic.

Cette succession d'épisodes maniaques atypiques, mélancoliques atypiques ou d'états mixtes, est entrecoupée de périodes intercritiques quasiment libres de dissociation.

Un facteur déclenchant avant l'accès est souvent retrouvé.

On retrouve fréquemment la présence d'antécédents familiaux de troubles de l'humeur ou de schizophrénie.

L'intérêt diagnostique d'une telle forme repose sur une thérapeutique qui améliore le pronostic : le lithium.

3.2.6. Schizophrénie pseudo-névrotique :

Ce sont des formes souvent difficiles à diagnostiquer et à différencier des névroses graves ou des états limites (cf. § mode de début).

La symptomatologie névrotique (surtout phobique, obsessionnelle, hystérique), n'y est jamais typique en raison de la présence sous-jacente de la dissociation.

Les symptômes phobiques sont surtout du type phobie sociale. Le repli sur soi est ici majeur et parfois sous-tendu par la crainte d'être observé, deviné, influencé par autrui.

La schizophrénie pseudo-obsessionnelle pose le problème du démasquage de la schizophrénie derrière une symptomatologie obsessionnelle. En effet, la ritualisation entière de la vie, propre à cette névrose, peut masquer

l'émergence d'un fond psychotique parfois authentiquement présent. Certains symptômes obsessionnels sont très évocateurs d'atypicité, comme un rituel imposé de l'extérieur ou l'absence de lutte anxieuse.

Tous les symptômes hystériques peuvent s'observer dans la schizophrénie. Certains tableaux d'hystérie (accès de dépersonnalisation, états crépusculaires, états cataleptiques) peuvent présenter des similitudes avec un tableau délirant. C'est le cadre toujours controversé et dénommé par certains auteurs : « délires non psychotiques », « psychoses hystériques » ou « folies hystériques ». La recherche d'un syndrome dissociatif n'est pas toujours facile. La présence d'éléments déficitaires contribue au diagnostic.

Dans ces formes pseudo-névrotiques très trompeuses, on recherche tout particulièrement une mauvaise adaptation au réel, une non reconnaissance du caractère pathologique du trouble, une absence de demande de soins.

3.2.7. Schizophrénie pseudo-psychopathique :

Dans cette forme, encore appelée parfois « schizophrénie héboïdophrénique », on note la coexistence d'une conduite antisociale (délinquance, impulsivité, instabilité) et d'une dissociation : froideur affective. La dimension affective est donc absente dans des passages à l'acte souvent stéréotypés, inadaptés et bizarres.

3.3. Diagnostic positif

« La schizophrénie est à la fin et non au début. »

H. Ey

DIAGNOSTIC DE PSYCHOSE DISSOCIATIVE

- Malgré l'hétérogénéité clinique, on porte un diagnostic de psychose dissociative devant :
 - . la présence d'un syndrome dissociatif avec ou sans syndrome délirant;
 - . une détérioration du niveau de fonctionnement antérieur (travail, relations sociales, soins personnels);
 - . une évolution permanente de la symptomatologie d'au moins six mois;
 - . un début après 15 ans, avant 45 ans¹;
 - . l'absence de trouble organique, de prise de toxique pouvant expliquer l'ensemble du tableau;
 - . l'absence de désordre thymique dominant l'évolution.
- Comme on peut le voir, cette définition regroupe à la fois :
 - . des critères cliniques : dissociation, délire;
 - . et des critères évolutifs : détérioration, évolutivité.
- En pratique, les formes de début chez l'adolescent ou l'adulte jeune, posent de réels problèmes diagnostiques. La présence des signes de discordance présents a minima n'est pas toujours facile à percevoir au-delà d'une crise d'originalité juvénile apparente.
- Dans ces cas difficiles, « l'évolution tranchera ».
- Lors d'une symptomatologie inaugurale aiguë ou insidieuse de schizophrénie, on élimine systématiquement toute organicité par un bilan clinique et paraclinique complet.

4. TESTS PSYCHOMÉTRIQUES DANS LES PSYCHOSES DISSOCIATIVES

Ils sont faits dans un but diagnostique devant les formes pauci-symptomatiques ou les formes de début, en particulier pseudo-névrotiques.

Dans les formes avancées, ils ne sont d'aucune utilité (sauf pour la recherche) et ne peuvent que confirmer un diagnostic déjà évident.

1. Critère remis en cause par le DSM IV qui ne le retient pas, alors qu'il était présent dans le DSM III. En effet, les Anglo-Saxons acceptent la notion de schizophrénie tardive (late onset schizophrenia).

4.1. Tests d'efficience intellectuelle

- Leur intérêt est réduit, les scores sont souvent satisfaisants.
- En effet, ils ne montrent pas (sauf dans certaines formes d'hébétéphrénie) de déficit intellectuel au début. L'atteinte des idées est avant tout dynamique.
 - . Wechsler-Bellevue : on trouve une dissociation entre le score aux épreuves verbales (meilleurs scores) et les épreuves de performance;
 - . Benton : absence d'anomalie, en dehors d'un temps d'exécution trop long.

4.2. Tests de personnalité

Ils présentent un grand intérêt pratique en raison des signes très spécifiques qu'ils peuvent montrer. Comme pour l'ensemble des tests projectifs, un signe isolé ne signifie rien, ce sont les convergences entre les diverses catégories de réponses, les constellations de signes, qui sont spécifiques.

4.2.1. M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) :

Le M.M.P.I. donne rarement de faux positif. On reconnaît typiquement un profil psychotique (tétrade psychotique avec V paranoïde).

4.2.2. Rorschach :

- L'un des tests qui donnent les signes les plus spécifiques :
 - . angoisse de morcellement : vision de formes coupées, dissociées, fendues, isolées;
 - . brutalité des réponses : interprétation anatomique, sexuelle, fœtale, se référant à la naissance ou à la destruction en train de se faire, à la décomposition;
 - . réponses par lettres, chiffres, figures géométriques;
 - . fréquence des contaminations, de la persévération des réponses;
 - . rationalisme morbide, contenu bizarre, horrible;
 - . nomination des couleurs;
 - . dégradation des réponses : perception de départ bonne, sur laquelle se greffent des associations bizarres;
 - . variation brutale de la qualité des réponses.

5. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES SCHIZOPHRÉNIES

« On fait le diagnostic de schizophrénie quand il y a des signes de schizophrénie. »
E. Bleuler, « Dementia praecox »

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES SYMPTÔMES SCHIZOPHRÉNIQUES	
Syndrome délirant <ul style="list-style-type: none"> - Hallucinations visuelles : <ul style="list-style-type: none"> . confusion onirique . épilepsie temporale, occipitale - Automatisme mental : <ul style="list-style-type: none"> . bouffée délirante aiguë . psychose hallucinatoire chronique . névrose obsessionnelle - Dymorphophobie : <ul style="list-style-type: none"> . adolescence . anorexie mentale . névrose obsessionnelle . personnalité sensitive . délires paranoïaques 	Troubles du cours de la pensée <ul style="list-style-type: none"> - Crise épileptique complexe - Aphasie de Wernicke - Hallucinations auditives Autisme <ul style="list-style-type: none"> - États crépusculaires hystériques - États crépusculaires épileptiques Syndrome catatonique <ul style="list-style-type: none"> - Causes psychiatriques - Causes organiques - Causes toxiques Angoisse de morcellement <ul style="list-style-type: none"> - Urgence médico-chirurgicale

Rappelons, une fois de plus, que c'est surtout lors des formes de début des schizophrénies que se pose le problème du diagnostic différentiel.

Il est alors essentiel à faire pour ne pas passer à côté d'une étiologie organique ou d'une autre pathologie psychiatrique. A l'inverse, il ne faut pas non plus « éviter à tout prix le diagnostic de schizophrénie » au risque de mal traiter le patient et d'aggraver son pronostic.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES FORMES CLINIQUES DE SCHIZOPHRÉNIE

Schizophrénie dysthymique

- Manie.
- Dépression.

Schizophrénie pseudo-névrotique

- Névrose obsessionnelle.
- Névrose hystérique.
- Névrose phobique.

Schizophrénie paranoïde

- Bouffée délirante aiguë.
- Syndrome confusionnel.
- Délires paranoïaques.
- Psychose hallucinatoire chronique.
- Délires paraphréniques.

Schizophrénie pseudo-psychopathique

- Conduite psychopathique.
- Conduite toxicomaniacale.

5.1. Diagnostic différentiel des syndromes catatoniques

SYNDROME CATATONIQUE : CAUSES

Causes psychiatriques

- Schizophrénie catatonique.
- Mélancolie stuporeuse.
- Bouffée délirante aiguë.
- Sidération anxieuse.
- Névrose hystérique.
- Névrose post-traumatique.
- Syndrome malin des neuroleptiques.

Causes toxiques

- Intoxication au CO.
- Cannabis, PCP, LSD, mescaline.

Causes organiques

- Confusion stuporeuse.
- Thrombophlébite cérébrale.
- Porphyrie aiguë intermittente.
- Tumeur frontale, de la base.
- Maladie de Wilson.
- Troubles hépatiques.
- Typhoïde.
- Syphilis II-III.
- Lupus érythémateux disséminé.
- Démences séniles, préséniles.

5.2. Diagnostic différentiel des formes cliniques

5.2.1. Diagnostic différentiel de la schizophrénie dysthymique :

« Je n'ai qu'une parole et elle vaut de l'or et l'or ça ne vaut rien on m'a tout caché j'ai tout compris j'ai une montre je ne veux pas perdre mon temps je suis droit dans mon corps j'ai des cicatrices je ne fais pas partie de cette planète je ne sais pas ce que je fais ici sur la terre il n'y a pas de hasard j'ai besoin de justice c'est pas par hasard. »

Un patient

La manie et la dépression sont toujours à évoquer, lors des manifestations thymiques aiguës de la schizophrénie. L'un des traits essentiels du diagnostic différentiel de la manie est l'attitude du malade à l'égard de l'ambiance, son hypersyntonie.

Le rythme du maniaque est trop rapide par rapport au nôtre, mais nous suivons aisément les associations superficielles, par assonance ou similitude, qui le font glisser, avec tant de facilité d'un sujet à l'autre. Chaque objet constitutif de l'ambiance peut, pour un instant, influencer le cours de sa pensée.

Il reste ainsi en contact permanent (trop bon contact !) avec l'entourage, à la différence du contact discordant, froid et étrange.

Dans la **manie atypique**, les manifestations d'excitation psychomotrice nous paraissent impénétrables, le rire immotivé.

La recherche **d'antécédents familiaux** de psychose maniaco-dépressive est systématique et reste un bon argument diagnostique en faveur d'un épisode endogène.

Le retrait, l'aboulie, l'inhibition psychomotrice, la rupture de l'efficience à son travail d'un épisode dépressif peuvent parfois en imposer pour une schizophrénie hébéphrénique en voie de constitution.

Toutefois, il ne faut pas méconnaître non plus l'existence d'épisodes de dépression authentique lors de l'évolution d'une psychose chronique, en particulier schizophrénique.

5.2.2. Diagnostic différentiel de la schizophrénie paranoïde :

• Bouffée délirante aiguë (BDA) :

La bouffée délirante aiguë peut être un diagnostic différentiel de la schizophrénie paranoïde en phase d'exacerbation. D'autant plus que l'on peut observer la présence de signes de la série dissociative dans une BDA, sans préjuger de l'évolution ultérieure. L'interrogatoire des proches est essentiel pour apporter les éléments concernant la chronicité du trouble, les antécédents psychiatriques. Très souvent, on retrouve une interruption de la prise de psychotropes chez le patient antérieurement bien équilibré.

• Syndrome confusionnel :

Dans le même ordre d'idées, le syndrome confusionnel peut être aussi, comme tout syndrome délirant aigu, un diagnostic différentiel de la schizophrénie paranoïde ou catatonique stuporeuse en phase d'exacerbation.

— En faveur de la confusion mentale, on retient :

- . la rareté des hallucinations auditives;
- . la fréquence des hallucinations visuelles (onirisme);
- . la rareté des signes de dissociation;
- . la présence de l'obnubilation, de la désorientation temporo-spatiale;
- . la présence de l'atteinte du jugement;
- . la variation nycthémérale du tableau clinique (aggravation nocturne);
- . les signes somatiques.

— Psychoses chroniques :

Les autres psychoses chroniques (paranoïa, psychose hallucinatoire chronique, paraphrénie) représentent des diagnostics plus faciles à éliminer. L'âge de début est dans les trois cas un bon élément de différenciation, ainsi que l'absence de dissociation.

— Délires paranoïaques :

Les délires paranoïaques, comme l'indique le tableau ci-dessous, s'opposent point par point au délire paranoïde. Les preuves avancées par le paranoïaque sont parfois réelles (mécanisme interprétatif), mais induisent des conclusions fausses. A partir de là, son raisonnement est parfois solidement charpenté, logiquement construit mais à partir de prémisses erronées.

Le raisonnement du schizophrène ne s'embarrasse pas de logique ou de preuves : il est absurde, incohérent, sans référence à une logique commune. Sa réalité n'est pas interprétative, elle ne repose pas sur une réalité partagée par tous, mais sur une réalité hallucinatoire.

L'évolution des schizophrénies comporte un risque évolutif déficitaire non négligeable. En revanche, on n'observe pas d'évolution déficitaire intellectuelle, affective ou comportementale dans les délires chroniques non dissociatifs.

Tableau : Éléments différentiels des délires paranoïdes et paranoïaques

	Délire paranoïde	Délire paranoïaque
Début (fréquence)	15-35 ans	> 40 ans
Dissociation	Présente	Absente
Thème	Multiple	Unique
Mécanisme	Multiple Hallucinations Automatisme mental	Unique Interprétations Jamais hallucinatoire
Structure	Non systématisé Diffusé, paralogique	Systématisé Logiquement construit
Participation affective	Discordance affective	Sthénique
Personnalité pré morbide	Schizoïde	Paranoïaque
Évolution	Risque déficitaire	Jamais déficitaire

— Délires paraphréniques, psychose hallucinatoire chronique :

Les **délires paraphréniques** se différencient des schizophrénies par l'absence de dissociation et la coexistence d'une pensée fabulatoire, paralogique avec une conservation paradoxale de l'adaptation à la réalité quotidienne et à la vie sociale.

Le langage des paraphrènes garde toute possibilité de communication. L'évolution au long cours de la pensée vers l'autisme, l'impénétrabilité et l'apparition du déficit intellectuel, affectif et comportemental ne s'observe pas non plus dans les délires paraphréniques.

La **psychose hallucinatoire** se différencie aussi par les deux critères principalement évoqués (critère dissociatif et évolutif).

Rappelons toutefois (cf. chapitre états psychotiques chroniques non dissociatifs) que la séparation des psychoses hallucinatoires et des délires paraphréniques, en dehors du champ des schizophrénies, est un fait propre et spécifique à la taxinomie française.

Cela ne fait que souligner la difficulté classificatoire que l'on retrouve, en pratique, devant certains patients « psychotiques chroniques ». Pourtant, la discussion n'est pas simplement celle d'une « querelle d'école », en raison des modalités thérapeutiques différentes.

5.2.3. Diagnostic différentiel de la schizophrénie pseudo-névrotique :

L'existence des formes pseudo-névrotiques doit faire éliminer d'authentiques névroses, parfois avec difficulté.

La présence d'une lutte contre l'**idéation obsessionnelle** dans la névrose s'oppose à la passivité des patients psychotiques où le patient s'identifie à cette idée, y met même toute sa logique pour en démontrer le bien-fondé.

La **névrose hystérique** pose, par le biais des états crépusculaires qui peuvent évoquer des agitations catatoniques, ou par celui des « psychoses hystériques », des problèmes différents. Là encore, la recherche de signes spécifiques des schizophrénies assure le diagnostic. Les états crépusculaires hystériques se caractérisent, au-delà de la confusion, par un contact fugitif mais libre de dissociation ou d'autisme, ainsi que par une évolution par accès sans dissociation intercritique.

Les **phobies des névroses phobiques** n'ont pas l'étrangeté des phobies chez les schizophrènes, ni leur multiplicité.

5.2.4. Diagnostic différentiel de la schizophrénie pseudo-psychopathique :

La psychopathie occasionne deux types de difficultés diagnostiques. D'une part, l'observation d'une dissociation dans le comportement psychopathique (forme hébéoïdophrénique de la schizophrénie) peut ne pas être des plus faciles.

D'une autre part, du fait de l'usage fréquent de toxiques dans la psychopathie, ces patients peuvent décrire des épisodes d'altération de la conscience qui ne doivent pas être confondus avec la schizophrénie.

6. THÉORIES ÉTIOPATHOGÉNIQUES DES PSYCHOSES DISSOCIATIVES

6.1. Données épidémiologiques

La majorité des cas apparaissent entre 15 et 35 ans, l'incidence de la schizophrénie est d'environ 1% dans la population générale. La prévalence sur toute la vie (nombre de cas/habitants sur toute une vie) est plus élevée chez les hommes (risque évalué à 2,1%) que chez les femmes (1,7%).
D'après l'INSERM, le secteur public prend en charge, chaque année, près de 150 000 patients schizophrènes.

- Les schizophrènes présentent une surmortalité par rapport à la population générale, toutes causes de mortalité confondues. Parmi les causes de décès, le suicide est 20 à 40 fois plus important chez les schizophrènes que dans la population générale, mais reste moins important que dans la psychose maniaco-dépressive.
- Le sexe intervient dans l'âge de survenue : précocité des premières hospitalisations chez les hommes : avant 25 ans (15 à 24 ans), à la différence des femmes : après 25 ans (25 à 34 ans).
- Quel que soit le pays, la culture, la période considérée, le groupe des schizophrénies (ou de ses équivalents : Koro en Chine, Witiko en Amérique du Nord) semble universel et garde toujours une même fréquence.
- En revanche l'industrialisation est préjudiciable aux patients. En effet, dans les pays en voie de développement, les épisodes de décompensation sont d'une durée plus courte et les durées de rémission plus longues et de meilleure qualité. L'évolution est parfois définie en 3 phases :
 - . phase de début avant 30 ans;
 - . phase de stabilisation entre 30 et 55 ans;
 - . phase de stabilisation, voire d'amélioration, après 55 ans.
- Certains facteurs culturels, comme la plus grande tolérance et acceptation du « fou » et de ses manifestations au sein de la famille et de la société, peuvent expliquer ce meilleur pronostic.

6.2. Données génétiques

L'incidence de la schizophrénie augmente à 4% dans la parenté du deuxième degré (oncles, tantes, cousins, neveux), à 10% dans la parenté du premier degré (frères, sœurs, enfants) à 50% chez les jumeaux monozygotes (taux de concordance de 50% si l'un des deux est atteint) et à 40% si les 2 parents sont atteints.

Ainsi, l'intervention de facteurs génétiques, même si elle paraît importante, ne paraît pas, à elle seule, déterminante.

En effet, si la génétique représentait, à elle seule, le poids déterminant et unique, la concordance entre jumeaux monozygotes aurait été de 100%, et elle n'est que de 50%.

On peut donc dire que les facteurs génétiques rentrent en ligne de compte dans la détermination de la schizophrénie, sans que l'on puisse en préciser actuellement le poids.

6.3. Données biochimiques : hypothèse dopaminergique

- L'hypothèse dopaminergique s'appuie sur deux observations :
 - . la réduction, par certains neuroleptiques, des symptômes délirants par leur action bloquante des récepteurs dopaminergiques;
 - . la production de délire par les produits agonistes dopaminergiques (L-Dopa, apomorphine, amphétamines).
- Les neuroleptiques présentent tous la propriété de bloquer une (ou plusieurs) sous-classe(s) de récepteurs de la dopamine dans le cerveau.

Les travaux de biochimie moléculaire ont abouti à ce jour au clonage de 5 types de récepteurs : D1, D2, D3, D4, D5.

Ces récepteurs, qui présentent des caractéristiques biochimiques spécifiques, interagissent de manière diverse avec les différentes classes de neuroleptiques. Ainsi l'importante hétérogénéité d'action des neuroleptiques peut-elle être expliquée par la diversité des récepteurs dopaminergiques.

- Actuellement, il est admis que les antipsychotiques ont principalement pour cible les récepteurs D2, D3 et D4.
- Leurs répartitions hétérogènes au sein des systèmes dopaminergiques et l'action diverse des neuroleptiques sur les différents récepteurs amènent actuellement à formuler l'hypothèse d'une implication des récepteurs D2 dans les effets latéraux des neuroleptiques et des récepteurs D3 et D4 dans les effets antipsychotiques.
- Il faut aussi tenir compte des autres systèmes biochimiques cérébraux (noradrenergiques, sérotoninergiques, GABAergiques) également en relation avec l'activité des neuroleptiques et de leurs interactions (notion d'hétérorégulations des systèmes entre eux).

6.4. Données psychanalytiques

« Le processus psychotique évacue fantasmes, pensée, actes, rejetant ainsi à l'extérieur l'intolérable tout en auto-créeant une néo-réalité dont la logique, plus ou moins infiltrée par la pensée primaire, réussit à trouver, dans le déni de la réalité et le délire, cohérence et signification à lui-même et au monde par une auto-grandiosité absolue ou par la création d'un pouvoir maléfique et hostile dont il rejette ainsi la responsabilité sur l'autre en s'érigeant l'objet électif d'un traitement cruel. »

Raymond Cahn, « Adolescence et Folie »

6.4.1. Psychose et névrose :

Freud découvre que le psychotique lutte contre la **perte de réalité** qu'il ressent par un ensemble de mécanismes de réorganisation du monde comme les hallucinations, l'interprétation et la projection.

Cette reconstruction de la réalité par le délire succède au rejet originel de la réalité qui est spécifique du fonctionnement psychotique. La réalité est mise au service du principe de plaisir.

Pour Freud, la perte de réalité est la cause de la faille psychotique, le délire est une formation secondaire à cette perte.

Dès 1894, il repère la fracture nécessaire de la réalité comme prix que le Moi doit payer pour éviter des représentations insupportables :

« Le Moi s'arrache à la représentation inconciliable, mais celle-ci est inséparablement attachée à un fragment de réalité, si bien que le moi, en accomplissant cette action, s'est séparé aussi, en totalité ou en partie, de la réalité. »

Ainsi, le Moi se défend-il contre la représentation insupportable, par la fuite dans la psychose. Pour Freud, **la psychose est une solution à des conflits internes insupportables**.

Lorsqu'il compare la névrose à la psychose, il trouve à la fois des points communs (toutes les deux sont des moyens de défense contre un conflit irreprésentable) mais aussi des divergences quant aux modalités de résolution du conflit et sa situation dans l'inconscient.

En 1924, il précise sa position, « la névrose serait le résultat d'un conflit entre le Moi et le Ça, la psychose serait l'issue d'un conflit entre le Moi et le monde extérieur ».

La conséquence en serait donc un « retrait par le Moi de l'investissement qu'il avait placé au dehors ».

• Dans la névrose :

La modification de la réalité se fait par l'apparition des symptômes névrotiques qui s'appuient sur le réel (peur des ascenseurs, rituels, etc.) et l'affrontent, même, au besoin par des attitudes de fuites.

Même si la dimension symbolique des symptômes échappe au sujet, le sujet reconnaît facilement qu'il est à l'origine de ses symptômes et qu'il en souffre, car sa réalité quotidienne (peur des métros, idées obsédantes, etc.) lui devient de plus en plus insupportable.

• Dans la psychose :

La modification de la réalité est bien plus profonde : il y a perte et reconstruction de la réalité, d'une néo-réalité.

L'idée inacceptable par le moi, revient comme une réalité perçue. Mais le sujet n'a pas conscience (mécanisme de déni ou de forclusion) du mouvement de projection, issu de son inconscient, qui transforme la réalité. Il ne perçoit que la modification étrange du monde :

« Le délire est comme un spectacle, comme venu d'ailleurs que soi, mais sans que manque d'y être acteur un sujet qui pourtant ne s'en reconnoît pas l'auteur. » (Jeanneau).

Dans la psychose, le monde, l'autre, les voix sont la menace ou le danger.

6.4.2. Mécanismes de défense :

• Clivage :

Parmi, les mécanismes de défense utilisés dans la psychose, le clivage est particulièrement fréquent et peut éclairer le sens de la dissociation dans la schizophrénie :

« La psychose représente une forme de clivage psychique où existent deux attitudes psychiques : l'une, la plus faible, tient compte de la réalité alors que l'autre, sous l'influence des pulsions, détache le Moi de cette dernière. Les deux attitudes coexistent, mais l'issue dépend de leurs puissances relatives. Les conditions nécessaires à l'apparition d'une psychose sont présentes quand l'attitude anormale prévaut. Le Moi ne se détache jamais totalement de la réalité dans la psychose. » (Freud, « Abrégé de psychanalyse », 1938).

Ainsi le patient va-t-il séparer son Moi des représentations pulsionnelles et des objets (bon et mauvais objet). Sa perception du monde et des relations interpersonnelles seront sans cesse clivées en expériences de satisfaction ou de souffrance et d'agressions.

Une même personne sera vécue par exemple comme uniquement bonne et une autre comme uniquement dangereuse (ou bien alternance dans le temps de ces sentiments uniques avec exclusion totale, déni de l'autre au même moment). La coexistence pacifique de sentiments contraires vis-à-vis d'une même personne est impossible, il ne peut y avoir ni intégration des sentiments opposés, ni compromis (ambivalence psychotique), ni élaboration conflictuelle comme dans l'ambivalence névrotique.

• Identification projective :

L'identification projective (concept créé par M. Klein) représente un des mécanismes de défense les plus utilisés dans la psychose :

« L'identification projective consiste dans le clivage par le patient d'une partie de sa personnalité et la projection de celle-ci dans un objet où elle s'installe, parfois en tant que persécuteur, laissant la psyché dont elle a été séparée appauvrie d'autant » (W.R. Bion).

Ce mécanisme de défense crée l'illusion de maîtrise de l'objet et permet au sujet d'affirmer qu'il a un pouvoir sur l'objet. La partie projetée représente les parties « mauvaises » de la personne propre. Cette identification d'un objet avec les parties haïes du patient contribue à intensifier la haine dirigée contre elles, et à vivre l'objet comme un persécuteur.

6.4.3. Origine du conflit :

L'origine du conflit, pouvant donner naissance à une psychose, fait intervenir aussi bien des angoisses primitives, archaïques, comme la menace de perte objectale et/ou d'irruption pulsionnelle porteuse de la menace de perte d'amour de l'objet (Cahn).

Ces menaces renvoient aux instances archaïques de violence sans frein « l'horreur d'une image de lui-même ignorée » (Aulagnier). En réponse à cette violence éprouvée contre l'autre, le sujet éprouve une forte culpabilité. Cette culpabilité peut induire un souci extrême de conformité aux désirs de l'autre, voire un interdit absolu de penser, d'agir ou encore d'exister (angoisse de néantisation) sinon à travers un délire, ultime solution pour renouer un lien avec l'objet.

La dimension narcissique du délire est souligné par Freud dès 1895 : « les patients aiment leur délire comme ils s'aiment eux-mêmes, voilà tout le secret » (Lettre à Fliess).

La seule issue possible sur le plan narcissique pour le sujet, est la rupture avec une réalité externe et interne aussi insupportable qui implique « une déliaison, un désinvestissement des représentations de choses inconscientes, la destruction de la relation d'objet, voire de la pulsion elle-même en tant qu'elle appelle l'objet » (Cahn).

6.5. Données sociogéniques

La sociogénèse fait de la maladie une réaction normale à un environnement pathologique [entourage proche ou lointain, conditions sociales].

Le débat remet même parfois en cause l'existence des pathologies psychiatriques jugées comme des créations fallacieuses de la société (Foucault).

6.5.1. Théorie systémique :

« Pour illustrer le double-bind, Watzlawick cite l'histoire de la mère qui offre deux cravates à son fils, une rouge et une bleue. Le lendemain il porte la rouge, sa mère lui dit « alors tu n'aimes pas la bleue ». Le lendemain il porte la bleue et sa mère lui dit « je vois, tu n'aimes pas la rouge ». Le lendemain le fils porte les deux cravates et se fait hospitaliser en urgence par sa mère... »

Sans aller aussi loin, l'école de Palo-Alto théorise une approche du trouble schizophrénique à l'intérieur d'un ensemble conceptuel plus global : « l'approche systémique de la communication ».

L'approche systémique de la communication repose sur le « comment » de la communication et non sur la cause. L'appareil psychique n'est pas pris en considération, c'est le concept de la « boîte noire » : ne sont pris en considération que les messages qui sont émis et ceux qui sont reçus.

Plusieurs axiomes sont énoncés, le premier est : « on ne peut pas ne pas communiquer ».

En effet tout comportement, y compris l'absence de comportement, a valeur de message, de communication. Ce message pourra être accepté, rejeté, dénié. Dans la schizophrénie, un tel message, s'il est paradoxal (double-bind), provoque un symptôme.

Un autre axiome définit la communication selon deux modes : la **communication digitale** (paroles énoncées au sens strict) et **analogique** (tout ce qui n'est pas prononçable : intonations, mimiques, attitudes, etc.).

L'école de Palo-Alto a énoncé que le **double-bind** (paradoxe), au sein des familles comportant un schizophrène, était responsable de la schizophrénie.

Le double-bind est, par exemple, l'énonciation d'un message double où le digital contredit l'analogique (attitude de dégoût en embrassant l'enfant avec une communication digitale type « je t'aime »); ou encore l'énonciation d'un message paradoxal où le sujet n'a pas d'autre solution que de... devenir fou.

La principale critique énoncée à l'encontre de cette théorie est que l'on retrouve des modes de communications paradoxaux dans des familles pas fatalement pathologiques, et où l'on ne retrouve pas forcément des schizophrènes (l'histoire de la cravate appartient classiquement aux histoires juives, « c'est une mère juive qui ... »).

Pourtant, la mise en évidence de ce mode prédominant de relation et sa thérapeutique constituent la base des thérapies systémiques familiales.

Cette approche considère la famille comme un système circulaire (aux dépens des échanges interindividuels) où tout le monde fait tout pour ne rien changer : toute personne a une place et une fonction et permet à l'autre de garder la sienne.

Lorsque des soins sont apportés à l'un des membres, toute la dynamique familiale résiste à ce changement, comme si le maintien du sujet malade était le garant de l'équilibre de tout le système.

6.5.2. Courant antipsychiatrique :

« Ils jouent au jeu. Ils jouent à ne pas jouer un jeu. Si je leur montre que je le vois, je briserai les règles et ils me puniront.

Je dois jouer leur jeu qui consiste à ne pas voir que je vois le jeu. »

R.D. Laing, « Nœud »

L'autre courant représentatif de la sociogénie est le courant antipsychiatrique italien, représenté par **Basaglia** (mais aussi dans une certaine mesure le courant anglais : Laing, Cooper).

Pour lui, le problème de la folie est la réponse à l'exigence d'une société hiérarchisée, bureaucratique, mécanisée. Ainsi les individus les plus fragiles n'ont-ils pas d'autre choix que d'être des victimes à enfermer dans des asiles (car non productifs) que la société a créé à leur intention.

Pour Laing, la schizophrénie n'est pas déniée mais devient une voie naturelle de guérison à travers l'expérience psychotique « la mélanôia » : la folie est un voyage intérieur, seul moyen de fuir l'aliénation de la société.

Au total, on ne peut affirmer que l'environnement est la cause unique du trouble.

En effet, on peut imaginer qu'une communication pathologique dans une famille peut être aussi la réponse de la famille à l'émergence primaire des symptômes psychotiques du patient.

Situer l'origine des troubles chez la mère du schizophrène a souvent comme conséquence une culpabilisation de la mère ou des parents par les soignants, et entraîner en réponse la disqualification de l'équipe thérapeutique par les parents eux-mêmes.

7. ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

7.1. Évolution générale

- Au delà de l'individualité irréductible de chaque patient, l'évolution des schizophrénies dépend aussi bien de la forme clinique que de la qualité de la prise en charge chimiothérapique, psychothérapique et sociothérapique.
- La forme de début ne représente pas, à elle seule, un indicateur de pronostic ou de réponse thérapeutique.

Par la suite, l'état évolue de différentes façons :

- d'un seul tenant;
- **par accès** : périodes déficitaires ou délirantes;
- **avec des périodes de rémission** plus ou moins durables : absence de symptomatologie;
- **avec des phases résiduelles** : persistance de quelques symptômes à minima.
- L'étude catamnétique sur 37 ans de Ciampi souligne deux types d'évolution particulièrement fréquents (critères diagnostiques de Bleuler).
 - le type oscillant d'évolution favorable : 25,4% sur 287 schizophrènes;
 - le type chronique simple évoluant défavorablement : 24,1%.
- Environ 75% des patients se stabilisent en quelques années et 25% présentent encore, 20 ans après le début de leur trouble, des épisodes d'exacerbation. Sur l'ensemble de son étude, il note 50% d'évolution favorable.

7.2. Schizophrénie et guérison

La notion de guérison en psychiatrie renvoie à un problème de définition et de critère.

Tout peut se voir, depuis l'insertion socioprofessionnelle et familiale de qualité (60% à 70%) jusqu'à l'absence totale d'indépendance, en particulier pour les formes les plus graves de schizophrénie (maintien à vie dans les institutions psychiatriques).

ÉVOLUTIONS DE LA SCHIZOPHRÉNIE

- 20 à 25% des patients vont complètement guérir, sans que persiste le moindre signe apparent de la maladie.
- 20 à 25% auront une forme grave (déficit ou délire invalidant, dégradation sociale et intellectuelle, hospitalisation ou assistance permanente¹).
- 50% ont une évolution intermédiaire entre les deux cas précédents, avec des accès récurrents, des périodes d'amélioration et une atteinte variable des domaines affectifs, sociaux et professionnels.

7.3. Conduites suicidaires

- Le suicide au cours de la schizophrénie est plus fréquent que dans une population normale (10% de suicides), mais moindre que dans la PMD (15% à 20% de suicides).
- Ce risque n'est pas corrélé à l'existence d'une dépression.
- Le suicide peut-être secondaire à un raptus hallucinatoire, à un épisode de dépersonnalisation, à un rationalisme délirant.

1. On appelle vésanisation la détérioration intellectuelle qui apparaît chez les psychotiques âgés, en dehors de toutes causes organiques.

- Le suicide survient fréquemment peu de temps après la sortie de l'hôpital chez des patients qui « paradoxalement » allaient mieux.
- Plusieurs facteurs explicatifs sont évoqués :
 - reprise ou apparition de conflits lors du retour dans la famille;
 - prise de conscience douloureuse du handicap dans l'activité professionnelle, sociale ou affective;
 - isolement progressif par impossibilité de rétablir des relations satisfaisantes avec autrui.

7.4. Évolution en fonction de l'efficacité des neuroleptiques

« Les données innombrables de la littérature ont démontré la valeur des composés anti-psychotiques dans toutes les formes cliniques de la schizophrénie, à tous les âges et à tous les moments de l'évolution, dans toutes les parties du monde. Mais hélas, pas pour tous les patients. »
Hollister

- La qualité de la réponse aux chimiothérapies et son suivi est un facteur pronostique essentiel : après une première hospitalisation, le taux de rechute à un an est de 80% sans traitement, de 50% avec un neuroleptique per os et de 20% avec un neuroleptique d'action prolongée. Toutefois, sur une période plus prolongée, 10% ne rechutent plus en l'absence de traitement neuroleptique (Hogarty).
- La précocité de mise en route d'un traitement neuroleptique est considérée comme un « gain de chance » pour l'avenir du sujet :
 - le pourcentage d'amélioration des patients traités par neuroleptiques est supérieur à 50% (contre 20% avant la découverte des neuroleptiques) et s'accroît en fonction du nombre d'années de traitement (80% d'amélioration après un suivi de plus de 14 ans).
- La résistance aux traitements neuroleptiques et psychosociaux, est évaluée à environ 10 à 20% d'emblée.
- On compte 20 à 30% d'échappement secondaire, après un bénéfice effectif au cours des deux premières années de traitement.
- En conclusion, la neuroleptisation au long cours à dose efficace diminue les risques de rechute, de réhospitalisation et représente un facteur de stabilisation essentiel dans la relation médecin-patient.

7.5. Facteurs pronostiques

- Un début précoce (avant 18 ans, dès 15 ans), est souvent de mauvais pronostic.
- Le sexe masculin présente des formes plus graves que le sexe féminin.
- Sur le plan clinique, une seule variable semblerait de mauvais pronostic : l'indifférence affective et la restriction des affects (forme hébéphrénique) **pendant une durée d'évolution suffisante**. Ce facteur pronostique a plus de valeur lorsqu'on le retrouve avant l'éclatement de la pathologie.
- La forme dite « dysthymique », après de multiples études, ne semble pas de meilleur pronostic que les autres formes cliniques.

8. PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES DES SCHIZOPHRÉNIES

- L'abord de chaque sujet est spécifique, multidimensionnel.
- Le projet thérapeutique comporte trois aspects :
 - chimiothérapique;
 - psychothérapique;
 - sociothérapique.
- En raison de la nature psychotique du trouble, souvent le patient refuse d'emblée de se traiter. L'hospitalisation, parfois en service protégé, est alors essentielle pour instaurer le traitement et inaugurer, dans un cadre institutionnel, une relation thérapeutique de qualité, indispensable au suivi au long cours du patient.

Hidden page

Hidden page

• **Formes à prédominance caractérielle :**

- NEULEPTIL® (20 à 200 mg), TERCIAN®, DIPIPÉRON® (20 à 120 mg). Parfois, on associe un thymo-régulateur (type TÉGRÉTOL®).

• **Formes à prédominance anxieuse :**

- NOZINAN®, TERCIAN® (100 à 300 mg) ou association de benzodiazépines au traitement neuroleptique.

• **Formes pseudo-obsessionnelles :**

- NEULEPTIL® (400 à 500 mg), TORFLAQUE® (1200 mg).

8.3. Autres psychotropes

Plusieurs principes thérapeutiques guident la prescription des psychotropes non neuroleptiques :

8.3.1. LITHIUM®, TÉGRÉTOL® : principes

- Traitement préventif des accès dans la schizophrénie dysthymique.
- Formes récidivantes d'épisodes psychotiques aigus.

8.3.2. Benzodiazépines : principes

- Le site est d'action différent des neuroleptiques sédatifs.
- Association avec les neuroleptiques possible.
- Limitation des accès d'angoisses.
- Intérêt de l'association avec un neuroleptique antidéficientaire où un effet anxiolytique est recherché : pas d'antagonisation des effets.
- Très souvent coprescrit avec les neuroleptiques sédatifs.

8.3.3. Antidépresseurs : principes

- Inefficaces sur l'akinésie liée aux neuroleptiques et sur l'apragmatisme des formes déficientes.
- Il est difficile de faire la part d'une symptomatologie déficiente et dépressive : ne prescrire les antidépresseurs que si dépression authentique.
- Maîtrise d'un état dépressif (deuil du délire, effet des neuroleptiques) par un antidépresseur tricyclique à doses moyennes au départ, augmentation en cas d'inefficacité.
- Utilisés le plus souvent à doses moyennes avec les neuroleptiques.
- Éviter d'associer un antidépresseur tricyclique à un neuroleptique très « anticholinergique ».
- Éviter de coprescrire un antidépresseur tricyclique avec les correcteurs antiparkinsoniens de synthèse (majoration des effets anticholinergiques).

8.4. Psychothérapie

8.4.1. Attitude psychothérapique du médecin et de l'équipe soignante :

Le patient a tendance à reproduire, au sein de l'équipe soignante, les conduites pathologiques caractéristiques de sa pathologie mentale identiques à celles qu'il avait dans sa famille ou dans son milieu. Afin d'éviter les nombreux clivages au sein de l'équipe (bon et mauvais soignants, rejet ou désintérêt progressif des soignants pour le patient, etc.) il est important d'aborder en commun l'ensemble de ces problèmes, grâce à des échanges quotidiens et approfondis afin de mieux comprendre le fonctionnement du patient. Ainsi, la répétition stéréotypée des attitudes du patient pourra-t-elle, dans la mesure du possible, être évitée.

• **Principes :**

- Trouver la juste distance avec le patient en tenant compte de l'angoisse du patient liée aux fantasmes de destruction ou de fusion, et, de la part de l'équipe soignante, de ses propres réactions contre-transférentielles.

- Attitude de référence à la réalité prudente, mais ferme.
- Attitude de soutien, de réassurance, de conseil.
- Attitude emphatique prudente, rassurante : le médecin doit être « l'ambassadeur de la réalité » auprès du patient.
- Rôle de médiateur « neutre et bienveillant » entre la famille et le patient.

8.4.2. Psychothérapies plus structurées :

La psychothérapie doit être proposée au moment opportun, à certains types de patients.

La décision doit s'inscrire dans le cadre du **projet thérapeutique global**.

Le but des psychothérapies est de permettre au patient d'avoir recours à un autre type de fonctionnement mental face à un conflit, plutôt que de recourir à la « solution délirante » ou au repli autistique. Progressivement, le patient doit élaborer sa relation au monde ou à l'autre, comme moins potentiellement destructrice ou menaçante. L'investissement de la réalité ou de la relation à l'autre ne doit alors plus se faire au détriment de son narcissisme ou de son identité.

- Plusieurs types de psychothérapies sont possibles dans la schizophrénie :

- . psychothérapie individuelle, aménagée : « psychanalyse appliquée aux psychoses » : position en face à face, respect des défenses, évitement des silences « anxiogènes »;
- . psychothérapie de groupe;
- . psychodrame analytique;
- . art-thérapie : dans le cadre d'un atelier artistique (peinture, musique, écriture, sculpture, etc.), les thérapeutes utilisent cette médiation pour aborder la problématique du patient;
- . exceptionnellement : thérapies cognitives, comportementales, en cas d'objectifs précis, focalisés.

8.4.3. Thérapies familiales :

- La prise de contact avec la famille ou les proches est systématique, tant pour établir le bilan de la situation actuelle que pour définir ensemble le projet vis-à-vis du patient, et les moyens d'y parvenir.
- L'absence d'alliance thérapeutique avec la famille, ou le rejet par la famille de toute entreprise thérapeutique est un facteur de mauvais pronostic.
- Le but d'une telle approche n'est pas de changer le fonctionnement familial, mais d'en améliorer l'efficacité.
- Différentes modalités de prise en charge sont possibles :
 - . intervention psychothérapique ou de soutien;
 - . psychothérapie analytique individuelle;
 - . participation à des groupes de parents d'enfants psychotiques;
 - . thérapie systémique;
 - . thérapie familiale.
- Lorsque la famille est particulièrement pathogène (relation fusionnelle ou rejet, hostilité vis-à-vis du patient), une mise à distance du milieu familial est proposée : hospitalisation de nuit, foyers, appartement thérapeutique, placement familiaux.

8.4.4. Traitement institutionnel :

« Nous en arrivons peut-être à l'objectif final du soin institutionnel : proposer un détour par les objets externes dont le réinvestissement est induit par les soignants, détour qui seul pourra permettre le réinvestissement d'un monde interne, souvent abandonné et mortifié. »

N. Guedeney, « Le traitement des schizophrènes »

Le patient doit vivre le service hospitalier, l'hôpital de jour ou le dispensaire comme autant d'espaces psychothérapiques. Le rôle des soignants est prépondérant : écouter, regarder, autoriser et contenir les débordements inhérents à la pathologie.

- Les réunions médecin-soignants abordent la problématique des mouvements transférentiels qui sont sources de clivages entre les intervenants.
- L'ensemble de l'équipe soignante élabore et prépare la mise en place des autres éléments du projet :
 - . aménagements et modalités du traitement biologique;
 - . accompagnement viable et durable du sujet, avec la sociothérapie;
 - . élaboration d'une demande de cure psychanalytique individuelle aménagée ou d'une autre sorte de psychothérapie.

8.5. Action sociale

- Il est essentiel de souligner l'importance du maintien ou de l'aménagement des liens qui unissent le malade à sa famille, ses amis, son foyer, sa scolarité ou son milieu professionnel.
- Les mesures sociothérapeutiques ont pour but d'éviter une désocialisation en luttant contre les éléments déficients et contre l'apragmatisme.
- On différencie habituellement :
 - . les lieux de soins : lieux du traitement institutionnel;
 - . les lieux de réadaptation : lieux de soins visant le retour à la vie sociale (sociothérapie);
 - . les lieux de réhabilitation : lieux d'hébergements (foyers, appartements thérapeutiques, etc.).

8.5.1. Sociothérapie :

- **But :** aide à la réinsertion dans la société, avoir une activité aménagée et adaptée.
 - . ergothérapie : au sein de l'hôpital ou d'un hôpital de jour;
 - . ateliers protégés, centres d'aide par le travail (CAT);
 - . emplois protégés, à mi-temps ou « légers », au sein d'une entreprise;
 - . club thérapeutique : loisirs, cinéma, exposition, piscine, cuisine, etc.
 - . entraînement physique, activités sportives récréatives;
 - . colonies familiales.

8.5.2. Mesures sociales :

L'équipe médico-sociale met en place, lorsque cela est nécessaire, les conditions de logement, de travail (reclassement professionnel) ou financière du patient (allocation d'adulte handicapé).

Une mesure de protections des biens (tutelle ou curatelle) est parfois nécessaire lorsque la famille est absente ou lorsque la médiation par un tiers neutre des biens du patient est préférable.

États psychotiques :

III- Bouffée délirante aiguë

- La bouffée délirante aiguë (BDA) est un état de survenue brutale caractérisé par :
 - . un syndrome délirant polymorphe de survenue d'emblée, en rupture avec la vie antérieure du patient;
 - . une agitation intense;
 - . des troubles de l'humeur et des troubles de la conscience;
 - . un syndrome somatique;
 - . une évolution favorable en quelques semaines.
- Le traitement est à instaurer en urgence en raison :
 - . de la nécessité de faire un bilan étiologique lors d'un premier accès;
 - . du risque d'évolution des formes non traitées vers une conduite toxicomaniacale, une déshydratation, une confusion, une sitiphobie.

1. SIGNES CLINIQUES

1.1. Terrain de la BDA

L'âge de survenue se situe entre 18 et 25 ans. Une première bouffée délirante aiguë d'apparition plus tardive doit faire suspecter une organicité.

On ne retrouve pas d'antécédents psychiatriques personnels particuliers le plus souvent. On retrouve parfois une personnalité prémorbide de type psychopathique, hystérique ou schizoïde.

PÉRIODES DE SURVENUE D'UNE BOUFFÉE DÉLIRANTE AIGUË

- La BDA est fréquente dans :
 - . les moments « charnières » de l'existence, les modifications d'un cadre référentiel (entrée en université, en apprentissage, départ en vacances loin de la famille);
 - . les périodes de surmenages sociaux ou affectifs;
 - . la période du post-partum (suivant l'accouchement ou l'avortement);
 - . les états de fragilité organique : post-anesthésie, infections, intoxications, traumatismes crâniens, encéphalite épidémique.

1.2. Description clinique de la BDA

« Elle jaillit violemment avec l'instantanéité d'une inspiration. »

Magnan

1.2.1. Période de début :

Le début est brutal en quelques heures ou quelques jours, avec peu de prodromes (anxiété, troubles de l'humeur, insomnie) : c'est un **délire aigu d'emblée**, en rupture avec la personnalité prémorbide du sujet. On ne retrouve pas d'élaboration délirante progressive sur plusieurs années, comme dans les délires chroniques. Le délire est d'emblée présent, dans toute son irréalité. L'entourage ne reconnaît pas le patient, ne l'a jamais vu comme ça.

1.2.2. Période d'état :

Le tableau est fluctuant dans la journée, les troubles augmentent à l'endormissement.

• Présentation :

- Troubles du comportement en rapport avec le délire (d'où la gravité de la bouffée délirante aiguë¹) : agitation anxieuse, fuite, raptus suicidaire, violence auto- ou hétéro-agressive non préméditée ou au contraire sidération matrice, prostration, stupeur.
- Altération du contact, distractivité, dispersion de l'attention en raison de la fascination devant l'étrangeté du phénomène délirant : « c'est complètement fou ce qui m'arrive, docteur ! ».
- Réticence, mutisme en raison de l'ineffabilité du délire.

• Syndrome délirant :

La variabilité, la labilité de l'intensité du délire dans la journée (vague délirante) sont caractéristiques. Toutefois il ne disparaît jamais, le délire est constant et actuel, y compris dans le moment de l'entretien.

- **Thématique** : riche, multiple, les thèmes s'enchevêtrent, sans soucis de cohérence. Les idées de persécutions (les plus fréquentes) cohabitent avec des idées mystiques, mégalomaniques, d'indignité, d'influence, de possession, d'identité, etc.
- **Mécanisme** : polymorphe², tous les mécanismes de délire peuvent s'observer (hallucinatoire au premier plan, mais aussi intuitif, interprétatif, illusionnel, imaginatif). L'automatisme mental est quasi-constant. Devant la réticence du patient à parler de son délire, ce dernier est observable dans ses effets sur le patient : troubles du comportement ou attitude d'écoute hallucinatoire.
- **Systématisation** : absence de systématisation ou de structure cohérente.
- **Réaction affective** : après les moments de perplexité anxieuse (« que m'arrive-t-il ? »), l'adhésion au délire est totale et entraîne une participation affective du sujet. Les troubles du comportement suscités découlent d'une telle adhésion au délire et de l'angoisse psychotique sous-jacente.

• Troubles thymiques :

La participation thymique est constante dans la bouffée délirante aiguë. Les éléments thymiques sont très variable d'un jour à l'autre, voire d'heure en heure. Ils peuvent alterner dans la journée ou coexister dans un même temps (état mixte). On retrouve soit une exaltation maniaque, soit une dépression, soit une dysphorie.

• Troubles de la conscience :

Sans aller jusqu'à la confusion mentale (absence de désorientation temporo-spatiale, absence de troubles de la vigilance) on repère les troubles de la conscience dans l'affaiblissement, voire la dispersion de l'attention et les troubles des synthèses mentales (concentration, jugement, mémoire).

• Syndrome de dépersonnalisation :

Il est associé parfois à une déréalisation, un état oniroïde.

• Syndrome dissociatif :

Il reste toujours possible.

• Signes physiques :

- En dehors de l'insomnie qui est constante, on ne retrouve pas de signes somatiques majeurs (à l'inverse de la confusion mentale).
- Néanmoins, on peut observer :
 - . une anorexie ou une conduite boulimique;
 - . une aménorrhée;

1. Il est donc essentiel de ne jamais laisser d'instruments dangereux près du patient (ciseaux, verre, couteau, fourchette, etc.) ou de laisser une fenêtre ouverte dans une chambre.

2. Dans certaines formes cliniques de bouffée délirante aiguë, on décrit selon la prédominance des mécanismes délirants :

- la forme imaginative aiguë ou la personnalité hystérique, délirante apparition d'une fresque recambrée, pittoresque très imaginative à thématique mystique ou érotique;
- la forme interprétative aiguë où la participation affective est intense sur une thématique passionnelle;
- la forme hallucinatoire aiguë où le syndrome d'influence est au premier plan;
- la forme oniroïde où les troubles de la conscience sont au premier plan (désorientation temporo-spatiale, troubles amnésiques massifs, troubles des synthèses mentales, amnésie leucogène de l'accès).

Dans ces formes cliniques, le diagnostic différentiel est particulièrement difficile (élimination d'un moment fébrile d'une psychose chronique ou d'une confusion mentale).

Hidden page

Hidden page

- On retrouve dans cette forme un certain nombre de facteurs déclenchants psychogènes favorisant l'accès :
 - choc émotionnel, affectif;
 - frustration majeure;
 - moments « charnières » : entrée à l'université, apprentissage, service militaire;
 - perte brutale des repères spatio-temporels (voyage, transplantation);
 - isolement culturel ou social.
 Là encore, on retrouve parfois une personnalité prémorbide immature, hystérique, paranoïaque, limite.
- **La forme transculturelle de bouffée délirante a un excellent pronostic** (Afrique, Antilles). Elle se caractérise par une thématique de persécution par sorcellerie, par magie. Elle survient presque toujours après une rupture sentimentale, un choc émotionnel grave, un renvoi. La résolution de l'épisode se fait dans 95% des cas. On la considère comme un équivalent dépressif.

3.3. Bouffée délirante secondaire à une cause organique

- Dans cette forme, les troubles de la conscience sont plus importants. Les étiologies incriminées recouvrent les étiologies de syndrome confusionnel et impliquent la même démarche thérapeutique : intoxications, infections, traumatismes crâniens, hémorragies méningées etc.
- Dans cette catégorie on regroupe aussi les épisodes survenant dans le cadre de stress somatiques précis :
 - psychose délirante du post-partum ou après un avortement;
 - bouffée délirante post-anesthésie, postopératoire;
 - bouffée délirante secondaire à un passage dans une unité de réanimation intensive.

4. ÉVOLUTION ET PRONOSTIC DE LA BDA

FACTEURS DE BON PRONOSTIC D'UNE BDA

- L'absence d'hérédité de schizophrénie.
- L'hérédité de psychose maniaco-dépressive.
- L'absence de personnalité prémorbide schizoïde.
- Une personnalité prémorbide bien adaptée socialement ou présentant des traits de personnalité hystériques.
- L'existence de facteurs déclenchants précis (psychogènes ou organiques), d'un début brutal.
- L'importance des éléments thymiques, confusionnels.
- L'absence d'hallucinations olfactives, d'automatisme mental.
- La brièveté de l'accès, la critique après sa rétrocession.

- **A court terme**, l'évolution sous traitement est favorable « sans conséquence sinon sans lendemain » (Magnan). La guérison survient en quelques jours ou en quelques semaines. La survenue d'une dépression secondaire est un facteur de bon pronostic. L'absence de guérison au bout de 3 à 4 semaines de traitement est une indication à la sismothérapie (en particulier dans les formes anoroïdes, les psychoses du post-partum). En absence de guérison à court terme, on doit craindre une schizophrénie paranoïde dont la première manifestation était aiguë.
- **A long terme**, on peut observer :
 - une guérison totale, l'accès reste unique (40 à 50% des cas);
 - une forme récidivante où les intervalles sont libres : « délire à éclipses » (25% à 40% des cas);
 - une chronicisation (25% des cas), la bouffée délirante représentant (diagnostic rétrospectif) un mode d'entrée dans :
 - la schizophrénie (forme paranoïde, dysthymique);
 - la psychose maniaco-dépressive (forme uni- ou bipolaire), où le premier accès est considéré comme un équivalent thymique;
 - une psychose non dissociative (paranoïa [en particulier le délire de relation des sensitifs], psychose hallucinatoire chronique, délire paraphrénique).

- Le pronostic est dominé par la crainte que la bouffée délirante soit un mode de révélation d'une schizophrénie. Aucun critère anamnestique, symptomatique ou évolutif ne permet de prédire avec exactitude l'avenir d'une bouffée délirante.

5. TRAITEMENT ET PRISE EN CHARGE DE LA BDA

5.1. Hospitalisation systématique : URGENCE PSYCHIATRIQUE

- Transport en urgence, parfois neuroleptique sédatif en IM (cf. chapitre « Neuroleptiques »).
- Isolement au calme, en milieu spécialisé.
- En service libre, HDT si refus de soins.
- Sauvegarde de justice quasi systématique.

5.2. Bilan clinique et paraclinique

- Afin d'apprécier le retentissement somatique, de rechercher une organicité.
- Tomodensitométrie cérébrale devant un premier accès, surtout si l'accès est atypique ou si l'on a un doute diagnostique avec une confusion mentale

5.3. Traitement

- Correction des désordres hydro-électrolytiques ou métaboliques.
- Réhydratation orale.
- Psychothérapie de soutien prudente.
- Chimiothérapie :
 - NLP sédatif + antiproductif en IM 5 à 7 jours :
 - LARGACTIL® 1 à 2 ampoules de 25 mg x 3/j ou NOZINAN® 1 à 2 ampoules de 25 mg x 3/j,
 - + HALDOL® 1 à 2 ampoules de 5 mg x 3/j,
 - relais au 7ème jour per os en prise unique, le soir.
 - Un traitement curatif associé par le lithium est possible.

L'absence de réponse rapide au traitement est une indication à la sismothérapie (forme oniroïde, dysthymique, auto- ou hétéro-agressive).

5.4. Surveillance

• Psychique :

- Réduction de l'état délirant, de l'anxiété, des hallucinations. La survenue d'une dépression après la guérison de l'accès doit faire discuter :
 - une réaction secondaire à la perte du délire;
 - une récurrence de la bouffée délirante avec une symptomatologie thymique dépressive marquée;
 - l'effet « dépressogène » des neuroleptiques (cf. chapitre « États dépressifs »);
 - une erreur diagnostique : évolution vers une psychose maniaco-dépressive.

• Physique :

- Pouls, TA, température, hydratation.
- Effets secondaires des neuroleptiques.

5.5. Au long cours

L'attitude thérapeutique est fonction de l'évolution de l'accès.

Lorsque les neuroleptiques sont arrêtés après 1 an à 5 ans, la surveillance régulière de l'absence de récurrence est essentielle.

Le lithium est parfois prescrit lors de récurrences fréquentes.

Il est fortement recommandé au patient d'éviter, dans la mesure du possible, la confrontation avec des situations émotionnelles difficiles.

La psychothérapie est une bonne indication lorsque l'on retrouve des événements déclenchants ou précipitants.

Hidden page

Hidden page

SYNDROME CONFUSIONNEL

Présentation et comportement

- Présentation :
 - . égarement, hébétude;
 - . inadaptation;
 - . incurie;
 - . pauvreté du langage;
 - . perplexité oculaire.
- Absence de contact.
- Comportement :
 - . incohérent;
 - . stupeur;
 - . agitation;
 - . actes auto- ou hétéro-agressifs.

Signes psychiques

- Confusion intellectuelle :
 - . obnubilation;
 - . désorientation;
 - . troubles mnésiques.
- Onirisme.

Signes physiques

- Déshydratation.
- Céphalées, tremblements.
- Signes neurovégétatifs.
- Troubles du sommeil.

1.2.1. Présentation et comportement :

« Ils ont une bouche mais ne parlent pas, des oreilles mais n'entendent pas, des yeux mais ne voient pas. »

Psaume de David, CXV

• Présentation typique :

En premier lieu, c'est le visage qui frappe avec son regard flou, lointain, sa mimique marquée par l'égarement, l'hébétude, l'inadaptation par rapport aux sentiments exprimés :

« Les traits sont décomposés et comme désaccordés avec la situation et les circonstances qui l'environnent »
(Henri Ey).

L'aspect global du patient est incurie, les vêtements sont débraillés.

• Contact :

Le contact est absent, ou opposé à la situation.

Le patient ne répond pas ou peu aux sollicitations de l'interrogatoire. C'est cette absence de contact avec le patient qui frappe souvent l'entourage en premier lieu : « il est là, mais il n'est plus là ».

Ainsi a-t-on pu dire que l'obnubilation, la perplexité et la désorientation sont déjà tous inscrits sur le visage du confus.

• Comportement :

Le comportement est variable et présente, en alternance, des périodes de mouvements désordonnés des yeux et des membres supérieurs, avec des phases immobiles, mutiques.

L'incohérence de ses actions est frappante : allume une cigarette avec un stylo, s'accoude à un bar invisible et discute avec un interlocuteur encore moins visible.

COMPORTEMENTS CARACTÉRISTIQUES D'UN SYNDROME CONFUSIONNEL

On observe toutes les formes intermédiaires entre ces deux types de comportement :

- **Forme stuporeuse :**
 - . apathie, mutisme, stupeur donnant un aspect pseudo-déméntiel ou pseudo-mélancolique;
 - . perte de l'initiative (aboulie) : assistance pour des actes élémentaires.
- **Forme agitée :**
 - . agitation intense, désordonnée, inadaptée;
 - . impulsions, déambulation, violence, fuites, attitude hallucinatoire secondaire à l'anirisme.

• Langage :

Le langage est pauvre, haché, hésitant, désarticulé, chuchoté, voire mutique. Le patient cherche ses mots (augmentation du temps de latence des réponses), combinant avec effort une phrase imparfaite, incertaine.

Il fait des efforts pour comprendre ce qu'on lui demande, mais sa réponse « avorte », « l'impuissance le paralyse » (Chaslin).

Parfois, ses troubles du jugement se manifestent par sa dépendance aux questions de l'interlocuteur et par sa suggestibilité.

• Réaction par rapport au trouble :

« Derrière ces épais nuages, on s'aperçoit que l'intelligence, simplement obscurcie, existe encore. Elle n'est pas éteinte, elle est comme absente. »

E. Régis, « Précis de psychiatrie », 1923

— Perplexité anxieuse :

Elle apparaît pendant de courts intervalles de lucidité où le patient récupère une activité intellectuelle normale avec extinction de l'onirisme.

Il fait des efforts pour sortir de son trouble dont il prend conscience avec anxiété : « Qu'est-ce qu'il y a ? où suis-je ? que voulez-vous de moi ? je n'y comprends rien. ». Elle est très évocatrice de la confusion mentale, mais on la retrouve aussi dans les débuts d'état délirant aigu.

— Actes d'auto- ou d'hétéro-agressivité :

Ils sont fréquents lorsque l'onirisme est important.

De la même manière, le patient peut être fasciné ou terrifié par son délire.

1.2.2. Signes psychiques :

• Confusion intellectuelle :

La confusion est de profondeur variable et fluctuante dans la journée, voire en quelques heures.

Elle évolue entre une simple obnubilation de la conscience jusqu'à la stupeur, et l'état extrême qu'est le coma.

Cette altération de la conscience est constante et nécessaire, pour porter le diagnostic de confusion mentale.

• Obnubilation :

« Loin d'être concentrée avec force sur un objet, la pensée ici est confuse, incertaine, nulle. Il n'y a, ni chagrin, ni désespoir, mais stupéfaction, chaos, impossibilité de se reconnaître soi-même. »

Delasiauve

OBNUBILATION

– L'obnubilation est une altération de la conscience, un trouble des synthèses mentales atteignant globalement tous les processus psychiques (concentration, jugement, attention) :

• trouble de la concentration : effort pour comprendre les questions, réponses incomplètes, balbutiées, « je ne sais pas », « je ne sais plus », parfois syndrome de Ganser;

• trouble du jugement : perte totale du jugement, de la compréhension. Le sujet affirme des absurdités;

• trouble de l'attention : épuisement de l'attention, distractibilité.

Le patient ne peut plus gérer sa vie quotidienne, il doit être aidé dans ses conduites instinctuelles (alimentation, toilette).

• Désorientation :

La désorientation est d'abord temporelle (constante) puis spatiale (inconstante). Son intensité est variable d'un sujet à l'autre.

Hidden page

Hidden page

3. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS DE LA CONFUSION

3.1. Syndrome démentiel

L'indifférence du dément s'oppose à l'hébétéude contre laquelle réagit le confus (lutte anxieuse du confus). L'évolution lentement insidieuse et chronique sans fluctuation des troubles, la globalité de l'atteinte intellectuelle isolée sans trouble de la conscience sont des arguments diagnostiques importants en faveur d'un syndrome démentiel. Toutefois, il faut savoir qu'un syndrome confusionnel peut inaugurer un syndrome démentiel.

3.2. Mélancolie stuporeuse

Le faciès étonné, indifférent, hébété du confus s'opposent au faciès douloureux, anxieux et triste du mélancolique. La présence d'antécédents thymiques et l'absence de fièvre sont des signes en faveur de la mélancolie.

3.3. Manie agitée

Dans la manie, les idées s'associent par des liens ténus, fugaces mais compréhensibles (associations par assonances, analogies, généralisations, ressemblances verbales, rimes, etc.), à la différence de l'incohérence idéique, stérile du confus.

D'après Hesnard : « Le maniaque perçoit correctement le monde extérieur, bien que sa rapidité de perception nuise à la coordination de ses représentations sensorielles qu'il interprète surabondamment. Le confus peuple l'ambiant, qu'il n'entrevoit que par lambeaux fragmentaires, d'images incohérentes qu'il projette autour de lui. » Pour simplifier les choses, il faut savoir que la coexistence des deux états est fréquente dans la manie et doit faire rechercher une cause organique.

3.4. Épisode catatonique aigu ou dissociatif aigu

Les arguments qui permettent de diagnostiquer une schizophrénie catatonique sont les signes de dissociation : suggestibilité paradoxale, les stéréotypies, les impulsions et les éclats de rire, etc.

3.5. Bouffée délirante aiguë

Lorsque prédomine l'activité onirique, la bouffée délirante aiguë est à évoquer systématiquement, d'autant plus qu'une note confusionnelle y est souvent associée.

Parfois, il est impossible de différencier un onirisme d'origine psychotique de l'onirisme du confus. A ce titre, il est important de rechercher les autres signes de la confusion : signes physiques, désorientation, perturbation profonde de la vigilance et variabilité des troubles au cours de la journée.

En faveur de la bouffée délirante aiguë on peut retenir le polymorphisme des mécanismes et la multiplicité des thèmes du délire, la prédominance des hallucinations auditives.

3.6. Épilepsie temporale

L'épilepsie temporale, dans sa forme « d'état crépusculaire », fait vivre au patient une « imagerie oniroïde » sur un fond de trouble de la conscience.

Le patient est hébété, égaré, perplexe, avec des périodes de fluctuation de la conscience, de fausses reconnaissances. L'activité motrice du sujet est souvent automatique, en rupture avec ses actes habituels, sa personnalité (fugues, délits, actes bizarres).

Les meilleurs arguments pour différencier cet état de la confusion mentale sont : le début soudain et la brièveté de l'accès.

3.7. Tumeur frontale

L'indifférence, l'apathie du syndrome frontal associées à des éléments démentiels peuvent être confondues avec une forme stuporeuse de confusion.

4. DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE DEVANT UN SYNDROME CONFUSIONNEL

Une fois le diagnostic établi, un bilan étiologique et symptomatique complet est effectué en urgence dans un service de médecine. La collaboration entre les équipes de médecine et de psychiatrie est parfois nécessaire, dans les grands états d'agitation, pour mener la double démarche du traitement étiologique et symptomatique.

- L'interrogatoire de l'entourage recherche :
 - . les antécédents (médicaux, toxiques, alcooliques, médicamenteux);
 - . le mode début du trouble (brutal, progressif);
 - . l'existence d'un facteur déclenchant (traumatique, toxique);
 - . l'existence d'une carence nutritionnelle ou vitaminique;
 - . l'exposition à un risque professionnel.
- L'examen clinique est complet (courbe de température, de poids, prise de la tension artérielle), en particulier l'examen endocrinien, infectieux et neurologique (signes de localisation, syndrome méningé).

L'étude de la fonction respiratoire est particulièrement importante : toute anomalie de la fonction cardio-respiratoire conduit à une étude immédiate des gaz du sang et de l'équilibre acide-base.

EXPLORATIONS PARACLINIQUES D'UN SYNDROME CONFUSIONNEL

- En urgence, le premier bilan recherche des anomalies dont la correction doit être immédiate :
 - . glycémie : à la recherche d'une hypoglycémie, d'un début d'état hyperosmolaire;
 - . bilan hydroélectrique : à la recherche d'une hyponatrémie;
 - . calcémie : une hypercalcémie donne une confusion stuporeuse;
 - . urémie, créatininémie : à la recherche d'une insuffisance rénale, d'une déshydratation.
- Dans un deuxième temps :
 - . ionogramme urinaire et une diurèse horaire ou des 24 heures;
 - . NFS-VS;
 - . recherche de toxiques (sang et urines), alcoolémie;
 - . radio de thorax;
 - . en cas de fièvre : hémocultures, ECBU;
 - . ponction lombaire, même en cas d'absence de syndrome méningé (absence d'étiologie évidente);
 - . selon le contexte : gaz du sang, amylose sanguin et urinaire, fond d'œil, radio du crâne;
 - . EEG;
 - . tomodensitométrie cérébrale.

5. DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE DES CONFUSIONS

La confusion mentale constitue le mode d'expression le plus fréquent des maladies somatiques pouvant induire un trouble psychique (Tableau).

La confusion mentale est un syndrome non spécifique qui doit faire rechercher les autres signes spécifiques de l'étiologie en cause.

Tout diagnostic positif de confusion mentale entraîne une démarche étiologique rigoureuse à la recherche de l'étiologie perdue. Une cause psychogène (endogène) constitue toujours un diagnostic d'élimination : **une confusion est toujours d'origine organique jusqu'à preuve du contraire.**

Pour simplifier les choses : une étiologie de confusion peut en cacher une autre. En particulier chez le sujet alcoolique (delirium tremens et pneumonie), le sujet âgé (déshydratation et infarctus) ou chez l'épileptique (confusion post-critique et post-traumatisme crânien).



Hidden page

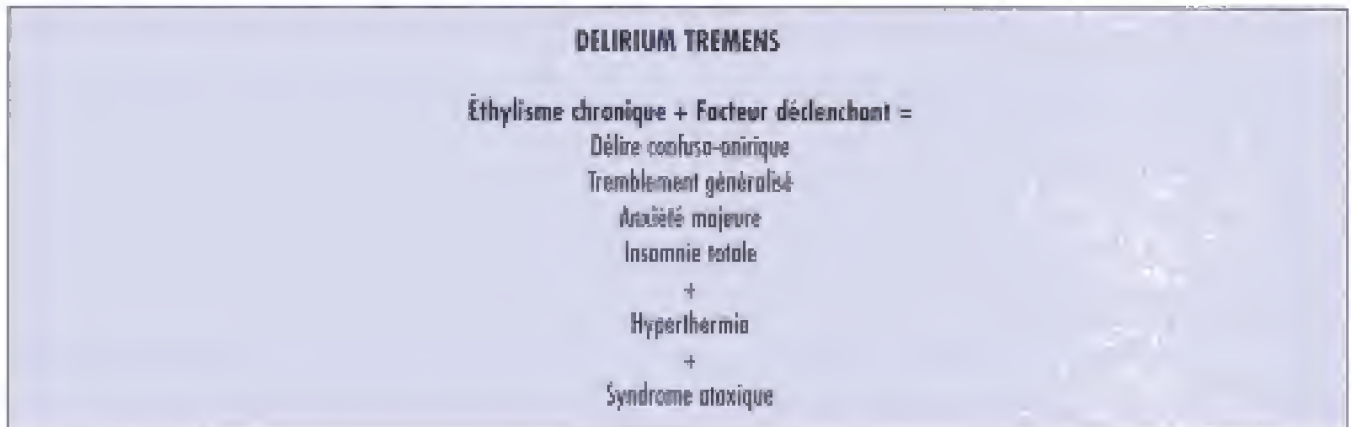
Hidden page

Hidden page

• Délire subaigu :

La fréquence du délire subaigu est beaucoup plus importante que le delirium tremens. Il se rencontre après 40 ans. Le début est souvent nocturne et l'accès ne peut durer que quelques heures. L'anirisme est riche, à thématique surtout professionnelle ou zoopsique. Le tremblement est intense et distal. A la différence du delirium tremens, l'état général n'est pas altéré, la température est normale.

Le délire peut récidiver sous forme d'accès nocturne (l'amnésie après les crises est un argument diagnostic important) puis devenir continu et évoluer en delirium tremens.



• Delirium tremens

Rare avant 30 ans, le delirium tremens constitue une encéphalite métabolique aiguë, de pathogénie discutée et sans substratum anatomique précis.

— Phase de pré-delirium :

Elle évolue de la 12ème à la 48ème heure après le sevrage. Un traitement dès ce stade évite le passage au delirium tremens.

La phase prodromique (pré-delirium) est marquée surtout par le **tremblement** discret digito-labial, une sensation d'asthénie, de malaise général, de crampes musculaires, de nausées. Rapidement apparaît l'**anorexie**, des **sueurs**, l'accentuation du tremblement : ample diffus, irrégulier.

Le patient devient irritable, anxieux, **insomniaque**. Les prodromes sont à leur point maximum à la tombée de la nuit. On observe fréquemment des **crises convulsives** de sevrage par abaissement du seuil épileptogène. Le delirium tremens peut succéder immédiatement à la crise convulsive ou en être séparé de 12 heures à 5 jours.

— Phase de delirium confirmé :

Les éléments du syndrome confusionnel sont tous nettement présents avec prédominance de l'anirisme (delirium), et des tremblements (permanents, généralisés : tremens).

Au niveau neurologique, la dysarthrie et l'**ataxie** sont évidentes. Les tremblements sont généralisés aux membres, à la face et au tronc (observable quand les mains sont appliquées sur les masses musculaires dorsales).

Dans les cas graves, on retrouve une déglutition perturbée, une hypertonie oppositionnelle et une abolition des réflexes achilléens.

• Le syndrome neurovégétatif associé :

- une hyperthermie d'origine centrale pouvant dépasser les 40° en absence de toute infection concomitante,
- des sueurs constantes,
- des signes de déshydratation intra- et extracellulaire (soif, pli cutané, sécheresse des muqueuses, perte de poids, hypotension artérielle, tachycardie et oligurie).

• Sur le plan biologique :

- déshydratation sévère,
- hypokaliémie par fuite urinaire,
- hypernatrémie avec natriurèse basse,
- acidose métabolique, élévation des corps cétoniques sanguins et urinaires.

Au niveau de l'EEG :

L'EEG ne montre en général peu ou pas de modifications. Il peut montrer des signes d'intoxication chronique cérébrale : tracé rapide et plat, surchargé de rythme rapide.

En revanche, **tout ralentissement de l'EEG dans un contexte de sevrage doit faire évoquer une pathologie surajoutée** : encéphalopathie de Gayet-Wernicke ou hépatique, hématome sous-dural.

— Évolution du delirium tremens :

« Du moment que le malade a dormi, ne fût ce que quatre heures, on peut être certain qu'il ne mourra pas. »
Lassègue

Sous traitement, l'évolution est rapidement favorable en 2 à 4 jours avec récupération du sommeil avant tout, disparition de l'anirisme et de l'agitation, récupération de la lucidité.

La récurrence peut s'observer, alors même que le patient a renoncé à l'alcool; les récurrences se font en général sous la même forme (délire à éclipse de Legrain).

On observe toutefois un décès dans 5% des cas (retard thérapeutique, sujet attaché accentuant le processus d'épuisement, pneumonie, coma hépatique, hémorragie digestive).

5.2. Encéphalopathie carencielle en vitamines B1, folates, B6, B12, PP

- L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke par carence en vitamine B1 se voit aussi chez tout sujet dénutri, ou chez un sujet présentant une carence d'absorption, notamment après gastrectomie.
- La carence en folates se retrouve chez un tiers des alcooliques. Elle est rarement responsable d'un tableau confusionnel.
- Une encéphalopathie métabolique par carence en vitamine B6 est rarement isolée et se rencontre chez les alcooliques polycarencés ou chez des patients traités par isoniazide (RIMIFON®) depuis longtemps ou à fortes doses.
- La carence en vitamine B12 (cyanocobalamine) donne exceptionnellement un tableau de confusion subaiguë isolée.
- La carence en vitamine PP (acide nicotinique) chez l'alcoolique (pseudo-pellagre alcoolique) associe des signes cutanés (mélano-dermie) et digestifs (diarrhée) au tableau confusionnel. Son évolution est sévère malgré la vitaminothérapie.

5.3. Causes médicamenteuses et toxiques des confusions

On peut observer des syndromes confusionnels dans trois cas : surdosage, intoxication volontaire et pour certains d'entre eux, au cours d'un sevrage (volontaire ou accidentel : hospitalisation, maladie intercurrente).

Ils sont résumés dans le tableau suivant.

5.3.1. Intoxications médicamenteuses :

Les confusions mentales d'origine médicamenteuse sont particulièrement fréquentes en cas d'insuffisance rénale ou hépatique.

- Les anticholinergiques donnent un tableau de confusion marqué par l'agitation, les hallucinations et les illusions. Le tableau peut se compliquer de fièvre, d'ataxie et de convulsions.
- L'incidence des antibiotiques dans les étiologies de confusion est faible.
- Parmi les antimitotiques, on note l'asparaginase, le méthotrexate, les moutardes azotées et le 5-fluoro-uracile.
- Parmi les psychotropes : les barbituriques, les benzodiazépines, les neuroleptiques, les antidépresseurs et le lithium entraînent une confusion, en particulier à fortes doses, chez le sujet âgé et lors des associations multiples. Les neuroleptiques peuvent aussi donner un tableau confusionnel par le biais d'un syndrome malin des neuroleptiques.

Lorsque l'indication se pose, on associe avec prudence la carbamazépine et le LITHIUM®.

CAUSES MÉDICAMENTEUSES ET TOXIQUES DE CONFUSION MENTALE	
Intoxication médicamenteuse	<ul style="list-style-type: none"> – anticholinergiques – antifongiques, antipaludéen, INH – propranolol, digitaliques, atropine, clonidine – α-méthyl-dopa – antimitotiques – cimétidine – théophylline – psychotropes*, antiparkinsoniens – anticonvulsivants (dihydant) – corticoïdes, salicylates, indométacine, paracétamol
Drogues	<ul style="list-style-type: none"> – psychostimulants (cocaïne, amphétamines) – hallucinogènes (LSD, phencyclidine, mescaline) – chloral, éther, solvants volatiles – cannabis
Sevrage toxique et médicamenteux	<ul style="list-style-type: none"> – alcool, opiacés – benzodiazépines, chloral, méprobamate, bromures – antidépresseurs (tricycliques, IMAO) – barbituriques
Intoxications accidentelles et professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> – plomb, mercure, arsenic, manganèse, nickel, thallium, zinc – oxyde de carbone – insecticides organophosphorés – solvants organiques

* Neuroleptiques, antidépresseurs, tranquillisants, lithium.

5.3.2. Drogues :

- On note plus particulièrement la forme agitée, délirante de confusion pour les prises :
 - d'amphétamines;
 - d'hallucinogènes : PCP (Phencyclidine), LSD, psilocybine;
 - de cocaïne.
- En revanche la forme stuporeuse prédomine pour les prises :
 - de haschisch;
 - de barbituriques;
 - d'opiacés.
- La prise prolongée de cocaïne, de chloral ou d'éther donne des états proches du delirium tremens.
- Les solvants volatiles (colles, dissolvants) donnent un tableau d'ivresse (ivresse toxique).

5.3.3. Confusion au cours d'un sevrage médicamenteux :

La confusion par sevrage médicamenteux ou toxique est parfois difficile à diagnostiquer, en raison de son apparition chez un sujet hospitalisé pour une toute autre cause et chez qui « tout allait bien ».

En effet, le syndrome de sevrage peut survenir jusqu'à plusieurs jours après la dernière prise, chez un sujet n'ayant pas signalé une prise au long cours, par exemple de benzodiazépines pour dormir.

L'arrêt brutal des antidépresseurs donne un tableau de sevrage typique.

5.3.4. Intoxications accidentelles et professionnelles :

En premier lieu, l'intoxication aiguë au CO donne une forme particulièrement trompeuse d'ivresse (ivresse oxycarbonnée) qui précède ou non le coma classique. L'ivresse oxycarbonnée peut survenir d'une façon retardée de plusieurs jours.

La durée importante de l'ivresse oxycarbonnée la distingue de l'ivresse alcoolique passagère. Le caractère collectif du tableau, atteignant même les enfants, est d'une importance capitale pour l'évocation du diagnostic. L'intoxication aiguë au plomb (saturnisme aigu) donne un tableau onirique de confusion.

5.4. Causes infectieuses

La physiopathologie de la confusion dans l'infection est mal connue.

PHYSIOPATHOLOGIE DES CONFUSIONS INFECTIEUSES

- Les causes extra-cérébrales : par déshydratation, hypoxie cérébrale, troubles métaboliques (hyponatrémie surtout : syndrome de Schwartz-Barter), trouble neurotoxique, septicémie, hyperpyrexie (endocardites bactériennes, typhus, typhoïdes).
- Les causes intra-cérébrales : par méningite, encéphalite, abcès, vascularite, thrombophlébite.

Un terrain fragile (enfant, alcoolique, sujet âgé ou malnutri) est un facteur de risque supplémentaire.

Le virus HIV donne un tableau confusionnel soit par le virus lui-même (leuco-encéphalite multifocale progressive), soit par infections opportunistes à tropisme cérébral (toxoplasmose), soit par processus intracrânien expansif (lymphome cérébral).

La méningite tuberculeuse débute fréquemment par une confusion fébrile céphalalgique, avec un syndrome méningé discret.

ÉTIOLOGIES INFECTIEUSES DE LA CONFUSION MENTALE

- Les étiologies infectieuses les plus fréquentes sont :
 - . les causes virales : oreillons, grippe, MNI, HIV;
 - . les causes bactériennes : BK, typhoïde, syphilis, brucellose;
 - . les causes parasitaires : paludisme (accès pernecieux dû au *falciparum*), toxoplasmose, rickettsies, filariose.

5.5. Causes endocriniennes et métaboliques

La confusion mentale d'origine métabolique ou endocrinienne appartient à deux types de tableaux cliniques plus ou moins riches en signes cliniques, en dehors de ceux directement liés à la confusion.

Le diagnostic étiologique est essentiel, puisque le traitement ne sera ici qu'étiologique et non symptomatique.

CAUSES ENDOCRINIENNES ET MÉTABOLIQUES DE CONFUSIONS

- Confusion avec symptomatologie clinique riche :
 - . diabète : hypoglycémie, acido-cétose, acidose lactique;
 - . surrénale : insuffisance surrénale aiguë, maladie de Cushing;
 - . panhypopituitarisme;
 - . insuffisance rénale chronique;
 - . encéphalopathie hépatique, pancréatique, hypoparathyroïdienne.
- Confusion mentale isolée :
 - . hypoglycémie;
 - . hypercalcémie aiguë;
 - . hyponatrémie (Addison, Schwartz-Barter);
 - . porphyrie aiguë intermittente.

5.6. Causes neurologiques

L'examen neurologique est systématique, à la recherche en particulier de signes de localisation et d'un syndrome méningé.

Toute cause de souffrance cérébrale peut entraîner une confusion.

ÉTIOLOGIES NEUROLOGIQUES DE CONFUSION MENTALE

- En dehors des causes métaboliques, infectieuses (abcès cérébraux, encéphalites, méningites) ou toxiques déjà étudiées, on observe cinq étiologies principales :
 - . traumatismes crâniens;
 - . hémorragie méningée;
 - . tumeurs cérébrales, hypertension intracrânienne;
 - . accident vasculaire cérébral (temporal);
 - . syndrome déméntiel (mode d'entrée).

5.6.1. Traumatismes crâniens :

Lors d'un traumatisme crânien, on peut globalement décrire trois types de situations.

La confusion apparaît d'emblée : confusion, commotion cérébrale. L'œdème cérébral participe au tableau. L'évolution est habituellement favorable en 3-4 jours.

La confusion apparaît secondairement, après un intervalle libre, associée à un syndrome focal de localisation : hématome extra-dural ou sous-dural.

La confusion apparaît tardivement : hydrocéphalie à pression normale, hématome sous-dural. Un patient alcoolique, âgé ou traité par anticoagulants fait envisager avant tout un hématome sous-dural. Souvent, le traumatisme, surtout minime, a été oublié et la confusion apparaît comme inaugurale.

5.6.2. Hémorragie méningée et cérébrale :

L'hémorragie méningée est une forme particulièrement urgente de confusion mentale.

HÉMORRAGIE MÉNINGÉE : SIGNES ÉVOCATEURS

- Le début brutal avec une confusion d'emblée massive.
- La présence de signes méningés.
- L'existence d'antécédents dans les jours antérieurs de céphalées rebelles.
- L'existence d'antécédents de crises convulsives.

Au moindre doute la ponction lombaire sera faite, en particulier chez le sujet alcoolique où la forme pseudo-ébrieuse d'hémorragie méningée est un piège diagnostique.

Une hémorragie cérébrale donne aussi un syndrome confusionnel avec le plus souvent un signe de localisation.

5.6.3. Tumeurs cérébrales, hypertension intracrânienne :

- Les tumeurs cérébrales entraînent une confusion, du fait de l'hypertension intracrânienne secondaire ou de leur localisation.
- Selon la localisation, on observe :
 - . frontale : grasping, moria, trouble de la marche;
 - . temporale : troubles auditifs, aphasies, hémianopsie latérale homonyme en quadrant;
 - . fronto-calleuse : apraxie idéomotrice.

5.6.4. Accident vasculaire cérébral :

L'accident vasculaire cérébral de localisation temporo-pariétale peut donner une séméiologie de confusion onirique complexe, en raison de sa localisation particulière.

Les accidents ischémiques transitoires peuvent donner des épisodes confusionnels récidivants.

5.6.5. Démences :

Toute cause de syndrome déméntiel peut se révéler par un tableau aigu de confusion.

Hidden page

6. PRONOSTIC DES CONFUSIONS

6.1. Évolution favorable

C'est le cas le plus fréquent. On observe une guérison brutale ou rapidement progressive avec amnésie partielle de l'épisode (amnésie lacunaire).

Cette lacune mnésique de la période confusionnelle permet parfois de poser un diagnostic rétrospectif d'épisode confusionnel.

Parfois, les patients gardent une certaine conviction de la véracité de certaines scènes oniriques : idées fixes post-oniriques (micro-délire non extensif, non systématisé, sans interprétation extensive ultérieure).

Les rechutes sont toujours possibles si l'agression responsable récidive sur un terrain déjà fragilisé.

6.2. Délire post-onirique

Beaucoup plus rarement, le patient garde des séquelles de son épisode avec cristallisation d'un délire chronique résistant, autour de sa thématique onirique. La survenue de ces délires pose le problème d'une prédisposition antérieure.

6.3. Décès du patient

- Il survient :
 - par épuisement de l'organisme (retard diagnostique et thérapeutique);
 - par accident : conduite hétéro-agressive secondaire à l'anirisme;
 - du fait de l'étiologie de la confusion mentale (hémorragie cérébrale, cause infectieuse, insuffisance rénale ou hépatique terminale, etc.).

7. TRAITEMENT DES CONFUSIONS

Le traitement d'un syndrome confusionnel est une urgence médicale : tout patient présentant une confusion doit être immédiatement dirigé vers des urgences médicales, afin de réaliser un bilan étiologique et mettre en route le traitement symptomatique, puis étiologique.

En dehors de la confusion post-critique chez l'épileptique connue, tout patient confus est hospitalisé en médecine, en réanimation, ou en neurochirurgie, selon l'étiologie en cause et sa gravité.

7.1. Thérapeutique symptomatique

7.1.1. Maternage :

- Le maternage par l'équipe de soins est basé sur la stabilité des repères concernant la réalité, le maintien d'un contact chaleureux, rassurant, et l'explication claire de tous les gestes entrepris.
- Plusieurs autres consignes sont importantes :
 - même personnel soignant, ne pas laisser si possible le patient seul;
 - chambre semi-éclairée en permanence, verrouillée;
 - éviter la contention physique;
 - retirer les objets dangereux;
 - nursing : prévention des escarres, lavages quotidiens (bouche, soins dentaires, soins oculaires), mobilisation régulière chez les sujets stuporeux.

7.1.2. Correction des désordres hydro-électrolytiques et métaboliques :

• Réhydratation (per os de préférence)

Environ 4 à 6 litres de boissons/j riches en sucres et en sels minéraux (jus de fruit, tisanes, bouillons de légumes). En cas d'agitation trop importante s'aider d'un neuroleptique sédatif et passer en IV : G5% : (500 mL, 2 g de NaCl, 1 g de KCl) x 8 à 10/j.

• **Chez l'alcoolique :**

Apport vitaminique : vitamine B1 (1 g/j), vitamine B6 (500 mg/j) dans la perfusion ou en IM.

• **Arrêt de tout traitement antérieur confusionnel.**

7.1.3. Traitement sédatif :

• **Chimiothérapie neuroleptique :**

— **Sédation de l'agitation, de l'onirisme :**

- Forme agitée, anxieuse :
 - LOXAPAC® : 200 mg en IM, renouvelable 30' après si besoin;
 - ou LARGACTIL® 50 mg en IM, renouvelable.
- Forme avec hallucinations (onirisme intense) :
 - HALDOL® : 15 mg à 30 mg/j en cp ou en IM.

— **Attention :**

- Les effets secondaires des neuroleptiques peuvent aggraver la confusion.
- Éviter les benzodiazépines, sauf si l'étiologie est alcoolique.
- Sismothérapie dans les formes gravissimes.
- Éviter tout correcteur des effets extra-pyramidaux, si possible.

7.2. Traitement étiologique

- Il doit être entrepris le plus précocement possible dès que la cause est identifiée. Elle nécessite parfois le transfert en urgence en milieu neurochirurgical (hémorragie méningée).
- Il faut connaître la possibilité pour un sujet d'avoir plusieurs causes de confusion, en particulier :
 - chez l'épileptique : post-critique, traumatisme crânien, surdosage en barbiturique;
 - chez l'alcoolique : delirium tremens et pneumonie.

CAUSES DE CONFUSION MENTALE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

- Chez le sujet âgé agité, on recherche tout particulièrement :
 - un globe vésical;
 - un infarctus du myocarde;
 - un hématome sous-dural, extra-dural;
 - une déshydratation;
 - un sevrage aux benzodiazépines;
 - un mode d'entrée dans un syndrome démentiel.

7.3. Surveillance

La surveillance des constantes cliniques et paracliniques doit être régulière.

Le traitement est adapté selon les résultats biologiques.

L'évolution est favorable en 3 à 8 jours le plus souvent.

Le pronostic est fonction de l'étiologie et de la rapidité de la mise en route du traitement symptomatique et étiologique.

Troubles des conduites alimentaires :

I- Anorexie

« Quelles sont les caractéristiques communes [de l'anorexie et de la boulimie] ? »

– Ce sont toutes des conduites agies pour lesquelles la dimension comportementale, motrice, prédomine sur celle de l'activité mentale, représentée, intra-psychique.

– Elles se déclenchent à l'adolescence.

– Il s'agit toujours de conduites d'auto-sabotage par lesquelles l'adolescent attaque son propre corps ou ses acquisitions et ses ressources et se prive d'une partie de ses potentialités, souvent celles qui étaient la plus investies auparavant.

– Aucune de ces conduites ne se laisse ranger dans un cadre nosographique classique, ni même dans un organisation structurale psychodynamique définie. »

P. Jeammet, « Confrontations psychiatriques », 1989

1. DÉFINITION-ÉPIDÉMIOLOGIE

L'anorexie mentale essentielle est une conduite de restriction alimentaire (lutte active contre la faim) dont la persistance et la sévérité contraste avec l'absence apparente de troubles psychiatriques majeurs (dépression, névrose, psychose).

Elle touche avec prédilection les adolescentes entre 12 et 20 ans. Sa fréquence est en cours d'augmentation dans les pays occidentaux. En effet, elle ne touche que les sociétés d'abondance et les classes sociales aisées.

Certaines populations sont particulièrement atteintes : mannequins de mode, « rats d'opéra », jockeys, hôtesses, etc. La morbidité est de 1 à 2% dans la population des 12-19 ans, il existe donc près de 40 000 anorexiques en France dans la population des 12-19 ans.

Dans la même population, la boulimie touche 10 fois plus de personnes : 15 à 20%.

Le sex-ratio est de 1 homme pour 9 femmes.

L'anorexie mentale est une pathologie grave avec une mortalité importante : 5 à 9% de décès. La mort ne survient pas dans un contexte suicidaire, mais plutôt de toute puissance et de maîtrise.

2. CLINIQUE DE L'ANOREXIE MENTALE DE L'ADOLESCENTE

SIGNES CLINIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE

Triade symptomatique :

- Anorexie.
- Aménorrhée.
- Amaigrissement.

Signes caractéristiques du conflit mental :

- Conduite active de restriction alimentaire.
- Dysmorphophobie.
- Anosognosie.
- Hyperactivité.
- Affectivité bloquée.
- Surinvestissement intellectuel.

Signes somatiques de carence :

- Aspect cadavérique.
- Aspect cadavérique.
- Aspect cadavérique.
- Troubles circulatoires.
- Hypertrichose.
- Altérations dentaires.

Hidden page

- Cette conduite se manifeste par :
 - . des restrictions quantitatives et qualitatives (mange une mie de pain à chaque repas, uniquement des légumes ou des glaçons, trie ses aliments);
 - . des vomissements provoqués postprandiaux;
 - . un abus de laxatifs, de lavements ou de diurétiques.
- L'ensemble de ces conduites sont clandestines ou bien source d'affrontements, de mensanges, de manipulations à l'égard de la famille.

2.2.2. Trouble de l'image du corps : dysmorphophobie

La dysmorphophobie est verbalisée par la patiente sous la forme d'une crainte, d'une peur permanente de grossir. La patiente vise un « idéal de minceur », alors même que l'on peut voir ses os sous sa peau.

Cette dysmorphophobie entraîne des pesées postprandiales permanentes, des régimes hypocaloriques et des mensurations continues des « rondeurs » (tour de cuisse).

2.2.3. Attitude de déni à l'égard des troubles : anosognosie :

La patiente présente une attitude de méconnaissance et d'indifférence macabre à sa maigreur.

Elle ne présente aucune inquiétude pour son état de santé. Au contraire, elle éprouve un sentiment de bien-être et de force contrastant avec l'importance de sa maigreur : « plaisir à se priver d'aliment ».

Cette sensation lui supprime les angoisses, les sentiments de vide ou de dépression.

L'anosognosie est responsable de consultations tardives, d'un retard diagnostique et thérapeutique.

2.2.4. Hyperactivité et surinvestissement moteur :

L'hyperactivité contraste avec l'amaigrissement et les troubles somatiques associés.

La patiente pratique très souvent un sport : danse, aérobique, gymnastique, jogging, marche prolongée, autant de moyens de perdre des calories et de mettre à l'épreuve ses capacités de maîtrise et d'ascétisme.

Les sujets méconnaissent toute sensation de fatigue, ils peuvent mourir d'épuisement.

2.2.5. Affectivité bloquée :

La vie sexuelle est inexistante : absence d'activité masturbatoire, absence de désir sexuel.

Dans certains cas, la sexualité est vécue sur un mode pragmatique ou automatique.

Les contacts sociaux sont réduits, mais grâce à un surinvestissement intellectuel, les patientes présentent une pseudo-adaptation sociale.

2.2.6. Surinvestissement intellectuel :

Le surinvestissement des tâches intellectuelles est caractéristique : « boulimie de connaissances », « première de la classe », brillants résultats scolaires. Malgré cette façade, les capacités imaginatives sont faibles, la patiente manque de la souplesse psychique nécessaire à la créativité.

2.3. Signes somatiques

Les signes somatiques d'accompagnement sont ceux d'un état carenciel :

• Signes de dénutrition :

- Aspect cadavérique.
 - . fonte musculaire, yeux enfoncés dans les orbites;
 - . faciès ridé, joues creuses, effacement des fesses, des seins;
 - . phanères : cheveux ternes et secs, ongles striés, cassants;
 - . œdèmes de carence (chevilles, péri-orbitaires);
 - . constipation.

• Troubles cardio-circulatoires :

- Peau violacée, froide et moite.

Hidden page

Hidden page

- L'anorexie d'origine névrotique se retrouve dans :
 - les névroses phobiques ou obsessionnelles : la restriction alimentaire est sélective (peur d'une fausse route, de la saleté, de la constipation);
 - la névrose hystérique : le refus d'alimentation est théâtralisé, la recherche de provocation est évidente dans un contexte de frustration affective.

6. PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ANOREXIE MENTALE

« Il n'est pas un de leurs comportements, pas un de leurs fantasmes, qui ne pourrait et ne devrait se dire en termes de structurations du conflit œdipien. Aussi bien, ce n'est pas tant dans leur organisation de ce conflit que nous trouverons une spécificité, que dans les modalités de la régression massive induite par son refoulement. »

E et J Kestemberg et col., « La faim et le corps »

La survenue d'une anorexie mentale à l'adolescence peut traduire certains états psychologiques qui ne sont ni spécifiques ni constants, mais dont l'association se retrouve, d'une façon caractéristique, dans l'anorexie mentale.

• Situation de dépendance à l'égard de la mère :

Les désirs et les besoins de la patiente dépendent du regard des autres sur elle.

Son amour-propre est en miroir du plaisir narcissique qu'elle procure à sa mère. Sa mère n'accepte pas l'existence d'un désir propre et spécifique de son enfant, elle projette sur sa fille l'image d'une enfant imaginaire, de son imaginaire : « enfant-image », sans individualité propre.

• Relation avec le père : rejet ou rapprochement :

La relation de proximité, reproduisant la relation à l'égard de la mère, est plus « explosive » en raison de la sexualisation, propre à l'adolescence, des relations familiales.

La reviviscence du conflit œdipien, dans cette agrégation familiale où les identités sont mal définies, prend ici une place centrale.

En effet, on retrouve souvent un effacement des barrières entre les générations : le couple parental se désagrège au profit de « couples » excluant le troisième partenaire : couple mère-fille et/ou père-fille.

• « Parentification » des enfants :

Comme le disent certains parents : « Je ne veux pas qu'un jour mon enfant me reproche quelque chose. »

Dans le même esprit que la confusion des identités respectives de chacun, les enfants doivent rassurer, conforter les parents dans un rôle de « parent idéal ».

La dernière caractéristique de ces familles (parents et enfants) est leur refus des situations conflictuelles. La confrontation à une situation de conflit les effraie; toute forme d'agressivité directe est évitée.

7. ÉVOLUTION ET PRONOSTIC DE L'ANOREXIE MENTALE

L'évolution est dominée par deux dangers majeurs : la mort et la chronicisation.

7.1. Mort

5% à 9% des anorexiques décèdent. Le plus souvent elle meurt d'un accident intercurrent : désordre métabolique, arrêt cardiaque par troubles de la conduction, réanimation parentérale trop rapide, accès boulimique. Parfois, la mort survient par inanition consécutive à la conduite anorexique.

7.2. Favorable : guérison

- La guérison concerne 50 à 60% des cas lorsque l'on prend comme unique critère la disparition de la triade symptomatique : reprise de l'alimentation, du poids puis retour des règles.

Hidden page

8.1.2. Contrat de poids :

- La pesée est quotidienne et surveillée : pas de lest dans les poches ou d'ingestion de boissons au préalable.
- En accord avec la patiente, deux « contrats » sont définis :
 - . un **poids de levée d'isolement** : lorsque celui-ci est dépassé, les visites sont autorisées, ainsi que le téléphone, les permissions et le courrier;
 - . un **poids de sortie de l'hôpital** : lorsque celui-ci est dépassé, la sortie est définitive.

8.1.3. Réalimentation :

La réalimentation est progressive, les menus sont faits avec la collaboration d'une diététicienne.

La surveillance des repas est continue (disparition des aliments dans sa poche), ainsi que le dépistage de vomissements postprandiaux dissimulés. Les diurétiques et les laxatifs sont arrêtés.

En cas d'urgence absolue, la patiente est transférée en réanimation où l'alimentation parentérale doit être progressive.

8.1.4. Entrevues fréquentes :

Avec les parents : la collaboration thérapeutique avec eux est indispensable. Les entrevues doivent permettre l'établissement de nouvelles relations avec leur enfant.

Avec la patiente, avec l'équipe soignante, il faut limiter les conduites de manipulations ou d'emprise de la part de la patiente auprès de l'équipe. En effet, la patiente tente de recréer les mêmes liens pathologiques que ceux qu'elle entretenait avec sa famille.

8.2. Traitement de fond

Toute prise en charge thérapeutique dépend de la capacité de la patiente à formuler une aide, à reconnaître l'existence de sa pathologie. La dénégation de son trouble entraîne un échec de toutes les thérapeutiques proposées. La prise en charge psychothérapique est **indispensable** en raison du trouble grave de la personnalité et de la fréquence des rechutes.

- Prise en charge de la patiente :
 - . à distance de l'hospitalisation de la patiente, au-dessus d'un poids minimal, on propose une psychothérapie analytique (rarement), ou d'inspiration analytique (plus fréquemment) ou un psychodrame analytique.
- Approche familiale :
 - . groupes de parents d'enfants anorexiques;
 - . psychothérapie familiale.

Troubles des conduites alimentaires :

II- Boulimie

1. ÉPIDÉMIOLOGIE

La boulimie atteint environ 2% de la population féminine occidentale, on compte environ 226 000 femmes boulimiques en France et son incidence est en cours d'augmentation.

Cette fréquence est multipliée par 4 dans la population adolescente, soit 8%. Ce trouble des conduites alimentaires est donc 10 fois plus fréquent que l'anorexie mentale dans cette population.

Les conduites boulimiques sont moins fréquentes chez les hommes. Chez les hommes boulimiques, on note un surinvestissement du corps (danseurs, mannequins), une surincidence de l'homosexualité.

L'âge moyen d'apparition des troubles se situe autour de 19 ans. Le poids est normal dans 65% des cas, en partie en raison des vomissements qui sont associés à ces troubles (41% des cas). Environ 50% des anorexiques font au moins un épisode boulimique.

2. SIGNES CLINIQUES DE LA BOULIMIE

2.1. Accès boulimique

- L'accès est parfois secondaire à des facteurs favorisants qui évoquent la séparation, la carence :
 - . deuil;
 - . rupture, événement sentimental;
 - . déménagement loin de la famille, changement professionnel;
 - . régimes de frustration, pauvres en hydrate de carbones.
- On décrit classiquement trois phases dans le déroulement de l'accès :

2.2.1. Phase prodromique, d'excitation préalable :

Le sujet ressent une vague sensation envahissante et oppressante de faim accompagnée d'angoisse, d'irritabilité.

2.2.2. Accès proprement dit :

DESCRIPTION CLINIQUE D'UN ACCÈS BOULIMIQUE

- L'accès boulimique est défini par une surconsommation alimentaire :
 - . incontrôlable, impérieuse, irrépressible, irréversible;
 - . de survenue brutale;
 - . d'aliments hypercaloriques, peu protidiques, faciles à ingérer (de 3500 à 20 000 calories/accès);
 - . en cachette (chambre, cuisine, toilette);
 - . accompagnée de plaisir (accès synone au sujet);
 - . rapide (crise inférieure à deux heures) : voracité, absence de mastication allant parfois jusqu'à l'étouffement.

2.2.3. Fin de l'accès :

- La fin survient lorsque la patiente n'a plus rien à manger, a mal au ventre, se sent étouffer, a une crise de dépersonnalisation ou lorsqu'elle est interrompue par un événement extérieur.

- Elle ressent parfois un soulagement transitoire ou plus souvent un profond malaise :
 - . physique : douleurs et pesanteurs abdominales, nausées, céphalées, fatigue intense;
 - . psychique : honte, remords, culpabilité, auto-dépréciation, mépris de soi-même, impression d'être difforme ou d'avoir perdu le contrôle de soi.
- Cette sensation de malaise est suivie, pour y mettre fin, par une alcoolisation, par des vomissements provoqués puis réflexes, ou par la survenue d'un endormissement.

2.2. Conduites boulimiques

En dehors des crises, la patiente présente diverses préoccupations concernant la nourriture :

- Envie de nourriture/lutte pour y résister, peur de manquer (stockage d'aliments).
- Stratégie d'évitement : évitement des lieux « à risque », absence d'argent sur soi, élimination des temps morts de la journée, évitement de la solitude, congélation systématique des aliments, absence d'aliments en conserves au domicile, etc.
- Préoccupation constante, obsédante de la nourriture :
 - . langage, rêves, fantasmes de type « culinaire »;
 - . attirance pour la cuisine, les métiers de l'alimentation;
 - . obsession des régimes, recherche d'une minceur idéale, utilisation de laxatifs, de diurétiques, d'anorexigènes (amphétamines, extraits thyroïdiens);
 - . refus de manger en compagnie ou à heures fixes;
 - . alternance de la peur de grossir et celle de ne plus pouvoir s'arrêter de manger.

Certaines conduites impulsives, à caractère « boulimique » sont fréquemment associées : achats d'objets, plus ou moins inutiles, collectionnisme de vêtements ou de bijoux, achats de livres, « boulimie sexuelle », kleptomanie.

3. DIAGNOSTIC

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA BOULIMIE

- Le DSM IV définit la boulimie en exigeant la présence de 5 critères :
 - . épisodes répétés d'absorption rapide d'une quantité de nourriture excessive;
 - . sentiment de perte de contrôle de soi-même pendant les accès;
 - . vomissements provoqués, utilisation de laxatifs ou de diurétiques, périodes d'anorexie alternant avec des périodes de boulimie ou d'exercices physiques dans le but de maigrir (comportements compensatoires);
 - . au minimum deux accès boulimiques par semaine pendant une durée de trois mois ou moins;
 - . préoccupation constante, obsédante de l'aspect corporel et du poids.

3.1. Accès boulimiques

Ils ne doivent pas être secondaire à un trouble physique reconnu.

Il est nécessaire d'éliminer les causes d'hyperphagie secondaire à des causes organiques : tumeur cérébrale (frontale), épilepsie partielle, syndrome démentiel, endocrinopathie.

On élimine aussi les hyperphagies secondaires à des pathologies psychiatriques : accès maniaque, schizophrénie, équivalent dépressif, équivalent névrotique.

3.2. Autres troubles alimentaires

• Grignotage :

Ingestion répétée de faibles quantités de nourriture en dehors des repas réguliers. Le grignoteur a souvent un aliment de prédilection (sucrerie, chocolat, aliments d'apéritifs, etc.). Il grignote en cachette, mais sans culpabilité.

Hidden page

objectale. L'effet négatif sur l'image de soi de la boulimie rend intolérables les possibilités de prise de conscience et de conflictualisation.

Le symptôme boulimique devient le substitut de la relation à autrui et représente, pour le sujet, **le seul moyen de ressentir des sensations et non des émotions**, caractéristiques des relations objectales. La valeur « agi » du symptôme est un moyen de maîtriser toute émotion au profit de sensations physiques.

Le symptôme a aussi une **valeur réorganisatrice de la personnalité** au sein de l'appareil psychique sur un mode addictif. De pathologique, le symptôme devient pathogène par la réorganisation de la pensée, des relations, des buts pulsionnels. Le but de la pulsion n'est plus sa réalisation par l'objet-personne mais par des objets-fonctions, fétichisés (lien sado-masochique avec la nourriture, avec le corps).

Cela explique la dépendance extrême des patientes par rapport aux objets extérieurs, ou envers des personnes considérées comme des objets ou des fonctions.

La pulsion perd son caractère libidinal dans le sens de la relation à autrui. La relation à l'autre est uniquement possible dans le sens d'une emprise à son égard, d'une maîtrise.

Jeammet insiste sur la grande « **vulnérabilité narcissique** », à l'origine de laquelle on retrouve une défaillance précoce des intériorisations du fait d'une relation mère-fille particulièrement fusionnelle (complétude narcissique mère-fille dans l'enfance).

6. TRAITEMENT

Les indications d'hospitalisation sont rares, la majeure partie des patientes sont traitées en ambulatoire.

- L'hospitalisation dans un cas de boulimie est indiquée pour les patientes présentant :
 - . un risque suicidaire élevé en rapport avec un effondrement dépressif sévère;
 - . un désordre hydroélectrique majeur;
 - . une résistance au traitement ambulatoire;
 - . une recrudescence débordante des accès boulimiques.

6.1. Thérapie comportementale

- Le but d'une thérapie comportementale est de traiter le comportement, l'attitude globale, vis-à-vis de la nourriture, et non le symptôme.
Cette attitude est, en général, liée à des facteurs déclenchants spécifiques qui perpétuent le symptôme et, par le soulagement procuré lors de la crise, le renforcent.
La thérapie comportementale est le plus souvent ambulatoire (95% des cas). Elle dure environ 3 à 6 mois et nécessite environ 10 à 20 séances.
- **L'objectif** est le réapprentissage d'une alimentation diversifiée et quantitativement normale.
Avant la mise en route de la thérapie active, une **période d'auto-observation** est nécessaire, afin d'objectiver les habitudes alimentaires et de reconnaître les signaux précurseurs des crises (solitude, ennui, contraintes, changement d'activité, faim, etc.). La reconnaissance de tels signaux doit permettre au patient la mise en place progressive de conduites alternatives à l'accès boulimique.
- **Par la suite, les règles de la thérapie sont centrées sur l'acquisition d'un nouvel apprentissage de la conduite alimentaire :**
 - . cadre fixe des repas : 3 repas et deux collations par jour;
 - . absence d'intervalle de plus de 3 heures entre deux alimentations;
 - . interdiction de faire une autre activité pendant les périodes d'alimentation;
 - . limitation stricte de la quantité de nourriture pendant le repas et les collations (interdiction de se nourrir directement dans la boîte de conserve, le pot, la casserole, le frigidaire, la réserve, etc.);
 - . achat de nourriture d'après une liste précise et non en « improvisant » dans le supermarché;
 - . absence de toutes sortes de régimes;

- arrêt des vomissements, laxatifs, des diurétiques, des amphétamines;
 - interdiction de se peser plus d'une fois par semaine;
 - développement d'attitudes alternatives plaisantes et agréables, à la crise boulimique.
- D'autres techniques sont utilisées comme l'exposition au stress avec inhibition de la réponse. Dans cette technique, la patiente ingère une quantité de nourriture identique à celle de ses accès. En raison de la présence du thérapeute et d'autres patientes, la patiente inhibe d'elle-même ses vomissements, et perpétue le malaise de l'après-crise. Le renforcement de ce malaise, au fur et à mesure des séances, doit empêcher la patiente de continuer ses crises.

6.2. Thérapie cognitive

- La thérapie cognitive est, comme on l'a vu, utilisée conjointement à la thérapie comportementale. Elle a, principalement pour but, de permettre une restructuration cognitive en identifiant et en corrigeant les idées erronées gouvernant la conduite alimentaire en général et les crises boulimiques en particulier (distorsions cognitives).
- L'ensemble **des schémas cognitifs** concernant l'alimentation sont analysés avec la patiente :
 - justification des régimes;
 - volonté de sauter des repas, de faire une crise boulimique;
 - pensée abstraite concernant l'idéal minceur (je serais mieux, j'aurais moins de problèmes si j'étais plus mince);
 - impression d'être trop grosse;
 - peur de perdre le contrôle d'elle-même;
 - volonté de tout maîtriser;
 - raisonnements par généralisation, par interprétations erronées, par superstition, par absolutisme antithétique ou absolutisme drastique (« tout ou rien »).
- Une **rééducation nutritionnelle et diététique**, en rapport avec les habitudes alimentaires du sujet et de son statut pondéral, doit systématiquement être mise en place. Le thérapeute fait aussi appel aux techniques de renforcement de l'image de soi, à travers toutes les initiatives positives mises en place par la patiente et les réussites obtenues sur elle-même.

6.3. Relaxation

- Plusieurs types de relaxations peuvent aider à diminuer l'anxiété avant les repas ou les crises boulimiques entre les repas :
 - technique de Schultz;
 - technique de Jacobson;
 - relaxation d'inspiration psychanalytique.

6.4. Traitements médicamenteux

En raison de l'implication de la sérotonine dans les conduites impulsives et dans la freination de l'absorption alimentaire, la classe de psychotropes la plus utilisée est celle des antidépresseurs sérotoninergiques.

Il est important de signaler, tout particulièrement dans cette pathologie, l'effet positif de la prescription d'un placebo (20 à 50% d'efficacité).

Les antidépresseurs tricycliques sont surtout prescrits en cas de dépression associée.

6.5. Psychothérapie

La psychothérapie analytique a une place **essentielle et indispensable** dans le traitement au long cours des patientes. Elle est de type classique (cure type) ou d'inspiration psychanalytique dans les autres cas.

La difficulté de la psychothérapie des patientes boulimiques est considérable : attachement massif et labile au thérapeute, conduite de fuite, « boulimie » de thérapeutes, vécu abandonnique, évitement permanent du risque dépressif concomitant d'un début de prise de conscience.

La psychothérapie doit privilégier « le soutien narcissique, le renforcement du moi, la restauration des capacités hédoniques à l'interprétation des conflits » (Jeammet).

Conduites alcooliques

« Croire au vin est un acte collectif contraignant, le Français qui prendrait quelque distance à l'égard du mythe, s'exposerait à des problèmes menus mais précis d'intégration, dont le premier serait justement d'avoir à s'expliquer... Le vin fonde une morale collective, à l'intérieur de quoi tout est racheté : les excès, les malheurs, les crimes sont sans doute possibles avec le vin, mais nullement la méchanceté, la perversité ou la lâcheté; le mal qu'il peut engendrer est d'ordre fatal, il échappe donc à la pénalisation, c'est un mal de théâtre, non un mal de tempérament. »

Roland Barthes, « Mythologies »

« Un homme qui ne boit que de l'eau a un secret à cacher à ses semblables. »

Baudelaire, « Paradis artificiels »

1. DÉFINITIONS DE L'ALCOOLISME

ALCOOLISME

- Définition de Fouquet (1951) : « l'alcoolisme est la perte de la liberté de s'abstenir d'alcool ».
- Définition de l'OMS (1952) : « Les alcooliques sont des buveurs excessifs, dont la dépendance à l'égard de l'alcool conduit à une consommation responsable d'un trouble, mental ou physique décelable et affectant le comportement, les relations sociales et familiales et le statut économique du sujet ».
- Définition de Davies (1974) : « On peut appeler « alcoolisme » l'ingestion intermittente ou permanente d'alcool conduisant à la dépendance ou entraînant des effets néfastes ».

Actuellement, les définitions essayent de tenir compte du double versant de la définition : l'**alcoolodépendance** (troubles du comportement) et l'**alcoolopathie** (dommages somatiques secondaires à l'alcoolisation aiguë ou chronique). De fait, il y a concordance, dans la majorité des cas, de l'alcoolodépendance et des complications médico-psycho-sociales. On remarque que seule la dernière définition (1974) décrit deux modes cliniques différents d'intoxication : permanente ou intermittente. Actuellement, ces deux types de conduites (syndrome de dépendance à l'alcool et abus d'alcool) sont individualisés au sein de « l'alcoolisme ». Elles traduisent en effet, des approches cliniques, génétiques, épidémiologiques et évolutives différentes.

La dernière définition résulte de cette nouvelle approche en différenciant :

- **Le syndrome de dépendance à l'alcool** (Edwards, 1977) qui nécessite la présence :
 - de symptômes d'altération du comportement vis-à-vis de l'alcool (alcoolisation non conforme aux habitudes du milieu culturel, diminution de la variabilité des habitudes d'alcoolisation, poursuite de l'alcoolisation malgré ses conséquences nocives);
 - de symptômes d'altération de l'état subjectif (impossibilité à maîtriser sa consommation, désir obsédant de « boire »);
 - de symptômes d'altération de l'état psychobiologique (syndrome de sevrage, besoin d'alcool pour diminuer les manifestations du sevrage, accoutumance avec augmentation de la tolérance à l'alcool).
- **De l'abus d'alcool** (DSM IV, 1994) qui se trouve confondu, actuellement, avec les critères diagnostiques de toutes les toxicomanies. La définition insiste sur les notions de nocivité sociale, professionnelle, psychologique ou physique et sur la persistance de cette consommation malgré cette nocivité.

La différenciation de ces deux états a une influence pronostique et thérapeutique : l'abus d'alcool sans dépendance est de meilleur pronostic lorsque le traitement est instauré précocement.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

2.1. Alcool

- La consommation d'alcool se répand d'une façon constante sur l'ensemble de la planète, depuis les trente dernières années. En Afrique, Extrême-Orient et Océanie la consommation augmente sous la forme de consommation de bière; en Europe en consommation de spiritueux. La production augmente parallèlement à la consommation, d'une façon bien supérieure à la croissance de la population (365 millions d'hectolitres de vin en 1982, 968 millions d'hectolitres de bière en 1982). L'Europe fournit 50% de la bière et 70% du vin recensés sur le plan mondial.
- Le degré alcoolique de toutes les boissons augmente progressivement depuis le début du siècle.
- Les techniques de fabrication des boissons alcooliques se sont modernisées. L'une des conséquences directes concerne le coût moyen de l'unité « alcool » qui a baissé depuis le début du siècle.
- Les types de consommation se diversifient indépendamment des latitudes :
 - « mondialisation » des consommations;
 - augmentation de la consommation de la bière dans le Sud;
 - augmentation de la consommation de vin dans le Nord;
 - augmentation de la consommation de spiritueux partout.

2.2. Alcoolisation

La consommation se répartit de plus en plus uniformément entre les classes sociales. En particulier dans les populations dont le niveau de vie a augmenté rapidement : « phénomène de civilisation ».

L'alcoolisation se répand dans les groupes jusqu'alors préservés : les femmes et les jeunes. Cela est dû à l'égalisation des sexes et à la période critique de l'adolescence.

On observe un déplacement de la consommation alcoolique du lieu de travail au domicile : la consommation s'accroît; en particulier dans la classe moyenne, en famille, entre amis : « ivresse d'appartement et de bonne famille », et décroît dans les lieux publics (bar, restaurant, etc.).

2.3. Alcoolisme

On observe une évolution de la pathologie alcoolique vers des formes moins spectaculaires, plus névrotiques, plus insidieuses.

Ses formes, loin des pathologies « à scandales » d'antan (crimes, accès de fureur, delirium tremens, délires alcooliques), n'ont pas moins des conséquences dramatiques : hémorragie cérébrale, accident d'automobile ou du travail, troubles psychologiques, déchéance sociale progressive, dénutrition, pancréatite, etc.

En France, malgré une diminution globale de la consommation moyenne d'alcool pur par adulte et par an (27,2 g en 1960; 21,2 g en 1983), l'alcool représente la troisième cause de décès (37 500 décès par an) après les maladies du cœur et le cancer. On retrouve ce chiffre lorsque l'on regroupe toutes les causes de décès du fait du terrain alcoolique : cirrhose, affection neuro-psychiatrique, tumeur O.R.L., tuberculose, homicides, suicides, accident de la circulation ou autres morts violentes.

Rappelons que l'alcool est responsable de 20% des accidents du travail, de 40% des accidents mortels de la route (et de plus de 50% des accidents de la route la nuit).

En France, le nombre de buveurs excessifs¹ est d'environ 4 à 5 millions. Le nombre de malades alcooliques (dépendance physique et psychique avec tolérance) est d'environ 2 millions.

1. Le terme de buveur excessif désigne une consommation augmentée d'alcool, sans nécessairement la présence d'une dépendance.

3. FACTEURS ÉTIOLOGIQUES ET PHYSIOPATHOLOGIE

- La majorité des auteurs s'accordent pour dire que l'étiologie est multifactorielle, l'importance des différents facteurs varie d'un individu à l'autre :
 - . facteurs constitutionnels : physiologiques, somatiques, héréditaires;
 - . facteurs psychologiques : dépendance, difficultés narcissiques, automatisme de répétition;
 - . facteurs environnementaux favorisants : famille, contexte social et professionnel.

3.1. Facteurs physiologiques, génétiques

• Sexe :

L'alcoolisme demeure, pour l'instant, moins fréquent chez la femme : 1 femme pour 6 hommes. On note, toutefois, une plus grande vulnérabilité des femmes : plus de complications somatiques (en particulier cirrhoses précoces, polynévrites, atteinte cérébrale précoce et plus sévère) pour un temps d'alcoolisation plus faible.

• Poids et taille :

L'alcoolémie varie d'une façon inversement proportionnelle à la surface corporelle.

• Âge :

Les risques de coma hypoglycémique sont plus élevés chez le sujet jeune. Les risques de devenir alcoolique sont plus élevés lorsque l'alcoolisme a débuté précocement.

• Appétence, tolérance, dépendance :

L'**appétence** est le besoin irrésistible de boire (craving en anglais). La **tolérance** est la propriété que possède l'organisme d'un individu de supporter l'alcool à une dose donnée, sans apparition des symptômes pathologiques d'ivresses ou autres. La **dépendance** implique un besoin physique de la boisson, sans laquelle un syndrome de sevrage apparaîtrait.

3.2. Facteurs socioculturels

L'attitude individuelle par rapport à l'alcool est dépendante de la **culture** à laquelle se rattache le sujet. Le milieu culturel peut alors jouer le rôle d'un facteur plus ou moins incitatif à la consommation d'alcool.

L'alcoolisation en société est synonyme de **convivialité**, d'intégration sociale, de fête voire d'emblème identificateur à certains groupes socioprofessionnels : routiers, métiers du bâtiment, marine.

La **tradition religieuse** est aussi à considérer : interdiction de l'alcool pour les musulmans pratiquants, rareté de l'alcoolisme chez les juifs traditionalistes, malgré une consommation alcoolique habituelle. Certains auteurs expliquent ce fait par le contexte symbolique dans lequel l'alcool est consommé (bénédiction sur le vin, obligation d'en boire les jours de fêtes).

AUTRES FACTEURS CULTURELS OU SOCIAUX À CONSIDÉRER COMME FACTEURS DE RISQUE

- Difficultés d'intégration des minorités culturelles : problèmes d'intégration, problèmes affectifs dus à la transplantation, l'isolement par rapport à la perte d'identité culturelle.
- Appartenance à une classe socio-économique défavorisée.
- Facilités économiques : accessibilité à l'alcool, faible prix de l'unité alcoolique, multiplicité des débits de boisson (à Nantes, ville de tradition maritime : un débit de boisson pour 11 habitants...).
- Milieu de travail :
 - . travail pénible : exposition à la chaleur, à la poussière, manutention, etc.
 - . contact avec le public : barmans, restaurateurs, agents de police, voyageurs de commerce, repas d'affaires, milieux syndicaux, etc.
 - . professions agricoles.
- Milieu familial :
 - . importance de « l'hérédité environnementale », d'une éducation trop permissive ou trop rigide où l'alcool est synonyme de transgression;
 - . impact dans l'enfance de traumatismes non spécifiques à l'alcoolisme (dissension familiale, carences affectives, divorces, relations conflictuelles avec le père, la mère).

3.3. Facteurs psychologiques

De nombreuses recherches tentent d'isoler, sans succès, un profil type de personnalité alcoolique ou pré-alcoolique. De plus, il est particulièrement difficile de différencier les traits de personnalité précédant le début de l'intoxication chronique de ceux résultant du conditionnement progressif de la personnalité par l'alcoolisation.

TRAITS NON SPÉCIFIQUES FRÉQUEMMENT RETROUVÉS CHEZ LES ALCOOLIQUES CHRONIQUES

- Passivité, intolérance aux frustrations, égocentrisme.
- Irritabilité, tendance aux colères, à la violence.
- Dépendance, suggestibilité, la recherche du groupe.
- Émotivité, réactions dépressives, labilité émotionnelle.
- Immaturité affective.
- Manque de confiance en soi.
- Dénî de l'alcoolisme, tout particulièrement.

LES TROIS TYPES D'ALCOOLISME

- L'alcoolisme d'entraînement : où la dépendance paraît secondaire à la prise d'alcool et où la personnalité ne présente pas de structure spécifique.
- L'alcoolisme de compensation : où l'alcoolisation est secondaire à la structure névrotique de la personnalité, l'alcool est alors pris pour ses vertus anxiolytiques, euphorisantes.
- L'alcoolisme symptôme d'une affection psychiatrique : dépression, psychoses, syndrome anxio-phobique, personnalité dépressive, cyclothymique, hystérique, psychopathique, border-line.

Sur un plan psychodynamique, plusieurs hypothèses ont été émises concernant les alcooliques dont aucune n'est spécifique mais où l'ensemble forme une constellation caractéristique (Clavreul, de Mijalla, Shentoub) :

1. **Prévalence de l'oralité** : ambivalence, dépendance, agressivité.
2. **Auto-agressivité** : dégradation de l'image de soi.
3. **Automatisme de répétition** : répétition des ivresses.
4. **Dénégation de l'alcoolique** : dénégation quasi-constante de son alcoolisme.
5. **Narcissisme de l'alcoolique** : fragilité narcissique constante.

4. CLASSIFICATIONS DE L'ALCOOLISME

Les classifications supposent l'application d'un modèle conceptuel, de type médical, à l'alcoolisme. Dans ce registre, l'alcoolisme est bien plus considéré comme une « maladie », que comme un trouble des conduites où l'étiopathogénie est multifactorielle.

L'alcoolisme-maladie suppose une étiologie unique : l'alcool, un diagnostic précis : signes cliniques et biologiques d'imprégnation alcoolique, un pronostic et une évolution prévisibles et un traitement spécifique.

Malgré le caractère arbitraire et utopique d'une telle approche, les classifications restent utiles pour poser un diagnostic précoce et servir de base à l'orientation thérapeutique : chimiothérapique, psychothérapique et sociothérapique.

4.1. Classification de Fouquet

Les alcoolites recouvrent les dénominations d'alcoolisme primaire, d'alcoolisme d'entraînement, de « buveurs excessifs et d'habitudes » (hommes : 45 à 50%, femmes : 1 à 5%).

Avant de boire régulièrement, les alcoolites étaient des buveurs occasionnels : ils ne buvaient qu'au cours des repas. Par la suite, l'alcool devient indispensable, entraîne une dépendance croissante mais provoque rarement des ivresses. La prise de conscience de l'alcoolisme ne se fait que par l'intermédiaire des accidents intercurrents propres à l'alcool : décompensations psychiatriques, accidents somatiques, retentissement affectif, familial et professionnel.

Hidden page

- A long terme, les deux modes d'alcoolisation se confondent pour former une « voie finale commune » dénommée : syndrome psychobiologique de dépendance alcoolique (Adès).
- Ce terme regroupe « l'ensemble des manifestations cliniques, biologiques, somatiques, sociales, généralement décrites sous le terme d'alcoolisme » (Adès, Lejayeux).

5. MANIFESTATIONS DE L'ALCOOLISME AIGU ET CHRONIQUE

MANIFESTATIONS CLINIQUES DE L'ALCOOLISME	
Manifestations de l'alcoolisme aigu <ul style="list-style-type: none"> - Signes d'imprégnation alcoolique chronique - Syndrome de sevrage <ul style="list-style-type: none"> . syndrome hyperesthésique hyperémotif . crise convulsive . délire alcoolique subaigu . délire alcoolique aigu : D.I. 	Complications neurologiques chroniques <ul style="list-style-type: none"> - Encéphalopathies carentielles <ul style="list-style-type: none"> . encéphalopathies de Gayet-Wernicke . syndrome de Korsakoff . carences vitaminiques - Démences alcooliques <ul style="list-style-type: none"> . démence par atrophie cortico-sous corticale . maladie de Marchiafava-Bignami . sclérose laminaire de Morel . atrophie cérébelleuse - Complications métaboliques <ul style="list-style-type: none"> . encéphalopathie porto-cave . myélinolyse centro-pontine - Autres complications <ul style="list-style-type: none"> . polyneuropathie des membres inférieurs . NORB . hématome sous-dural chronique
Complications psychiatriques de l'alcoolisme chronique <ul style="list-style-type: none"> - Délires alcooliques chroniques <ul style="list-style-type: none"> . idées fixes post-oniriques . hallucinose des buveurs . psychose hallucinatoire des buveurs . délire paranoïaque - Troubles du caractère, anxiété - État dépressif - Suicide 	

5.1. Signes d'imprégnation alcoolique chronique

Le dépistage précoce des signes d'alcoolisation chronique doit permettre une prise en charge précoce, avant les complications somatiques ou neuro-psychiatriques. Le dépistage permet donc un meilleur pronostic.

GRILLE DE LE GÔ					
Aspect			Tremblements		
Y	C	L	B	L	E
Troubles subjectifs			Foie	Poids	TA
N	D	M			

5.1.1. Signes cliniques : Grille de Le Gô :

La grille de Le Gô résume parfaitement les signes somatiques et psychiques d'intoxication chronique. Elle est utilisée couramment en médecine du travail, du trafic et dans les CHAA (centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie). Toutefois, elle est moins fiable chez la femme. Son intérêt est aussi évolutif : l'importance de son score est corrélée à l'importance de l'intoxication et au taux de g GT.

Hidden page

• **VGM :**

- $> 98 \mu^3$.
- Sensibilité : 45 à 60%.
- Spécificité : excellente lorsqu'on tient compte des autres causes de macrocytoses : tabac, anémies mégalo-blastiques, etc.
- Nécessité de plusieurs mois d'intoxication chronique (1/2 vie des globules rouges = 120 jours).
- Diminution : 15 jours après le sevrage et normalisation en 1 mois.

La spécificité de l'association des tests VGM et γ GT est excellente (supérieure à 90%).

• **ALAD (Amino Levulinique Acide Déshydrogénase¹) :**

- Augmentation si alcoolisme chronique.
- Normalisation à 1 semaine de sevrage.

• **Transaminases :**

- ASAT > 25 mU/mL, ALAT > 30 mU/mL.
- Élévation : de l'ASAT supérieure à celle de l'ALAT (au contraire des hépatites virales).
- Spécificité : faible, témoigne d'une lyse cellulaire hépatique quelle qu'en soit la cause.
- Diminution : après un mois de sevrage, parallèlement à la diminution des γ GT.

• **IgA :**

- Augmentation.

• **Urée :**

- Diminution.

5.2. Intoxication alcoolique aiguë

5.2.1. Signes cliniques

Ce paragraphe est détaillé dans le chapitre « Confusion mentale ».

• **Ivresse simple.**

• **Ivresses pathologiques :**

- Ivresse excito-motrice : cf. chapitre « Confusion mentale ».
- Ivresse hallucinatoire : cf. chapitre « Confusion mentale ».
- Ivresse délirante : cf. chapitre « Confusion mentale ».

• **Autres complications cliniques :**

- Hépatite alcoolique aiguë : pronostic sombre, décès dans 20% des cas.
- Rhabdomyolyse : par toxicité directe de l'éthanol, favorisée par la position allongée sur un sol dur.
- Crises comitiales : l'alcool abaisse le seuil épileptogène chez les sujets prédisposés.
- Hypoglycémie : confusion mentale, trismus, convulsions, voire coma profond. Le réveil s'obtient avec l'administration IV de 40 mL de glucosé hypertonique 30%.

5.2.2. Signes biologiques :

- **Hypoglycémie sévère** : 0,2 à 0,3 g/L, d'autant plus sévère que le sujet est jeune ou dénutri. Le mécanisme consiste en un blocage de la néoglycogénèse par l'alcool.
- **Hyperlipémie** : par atteinte pancréatique ou syndrome de Zieve (stéatose hépatique et anémie hémolytique).
- **Déshydratation cellulaire** : par syndrome polyuro-polydipsique due à la sécrétion d'ADH secondaire à la prise d'alcool.
- **Acidose** : le plus souvent métabolique (augmentation de l'acide pyruvique et lactique).

¹ L'ALAD est une porphobilinogène synthétase qui est indispensable à la constitution du porphobilinogène de noyau pyrrolique de l'hème.

Hidden page

En fait, c'est la persistance d'une idée délirante qui n'est pas critiquée, après la résolution de l'accès. L'idée reste isolée de tout le contexte clinique de l'accès, ce dernier tombant sous le coup de l'amnésie lacunaire post-confusionnelle. L'idée fixe disparaît le plus souvent en 2 à 3 mois, sauf en cas de réactivation par un nouvel accès de délire aigu ou subaigu.

6.1.2. Hallucinoses des buveurs de Wernicke :

- L'hallucinoses des buveurs survient :
 - soit dans le cadre d'un délire subaigu (manifestation de sevrage). L'hallucinoses représente alors une forme clinique où les hallucinations à type d'automatisme mental dominent le tableau clinique, en l'absence de confusion ou d'onirisme;
 - soit dans le cadre d'un excès alcoolique comme dans la forme décrite par Wernicke.
- Le tableau clinique est dominé par un syndrome délirant subaigu que l'on caractérise de la façon suivante :
 - **mécanisme** : hallucinations acoustico-verbales, automatisme mental;
 - **thématique** : inquiétante, menaçante, hostile;
 - **participation affective** : totale, anxieuse, à recrudescence vespérale, risque de passage à l'acte;
 - **signes négatifs** :
 - absence d'obnubilation,
 - absence de désorientation,
 - absence de troubles mnésiques.
- L'évolution est le plus souvent favorable sous traitement (sevrage et neuroleptique), en quelques semaines, avec la disparition du tableau hallucinatoire.
- Toutefois, le passage à la chronicité n'est pas exceptionnel, on parle alors de psychose hallucinatoire chronique des buveurs où le pronostic est beaucoup plus sombre.

6.1.3. Psychose hallucinatoire des buveurs (Kraepelin) :

La psychose hallucinatoire (chronique) des buveurs est la forme la plus fréquente des délires des alcooliques chroniques.

• Début :

- Brutal, après un état confuso-onirique.
- D'emblée, avec un syndrome d'automatisme mental.
- Insidieux, par des troubles du caractère et de l'humeur.

Le tableau clinique est dominé par un syndrome délirant chronique que l'on caractérise de la façon suivante :

• Mécanisme :

- Hallucinations acoustiques riches (acouphènes, bruits insolites, dialogue, automatisme mental), hallucinations visuelles.
- Fabulation, imagination.

• Thématique : jalousie, persécution.

• Participation affective :

Elle est faible, il y a peu d'anxiété.

Le sujet subit passivement ses hallucinations et peut s'en détourner par une activité sociale. Il existe quand même un risque de passage à l'acte si l'intoxication alcoolique persiste.

L'évolution se fait vers une détérioration mentale progressive ou vers un enrichissement du délire. Même correctement traité, le pronostic global reste sombre.

6.1.4. Délire paranoïaque :

La survenue d'un délire paranoïaque est particulièrement fréquente dans le cadre de l'alcoolisme chronique.

La personnalité sous-jacente de tels patients présente souvent des traits de caractère paranoïaque ou sensitif.

Le délire survient souvent à l'occasion d'ivresses, plus rarement après une phase onirique, et persiste après : le soupçon naît puis, peu à peu s'enrichit d'une façon extensive. « Les amants se multiplient à mesure que progresse le délire » (Ey).

Le délire est systématisé, de mécanisme interprétatif.

La thématique est presque toujours la jalousie et peut s'enrichir d'une thématique hypocondriaque, homosexuelle, incestueuse (la persécution est rare).

La participation affective est massive, passionnelle, les réactions hétéro-agressives sont particulièrement à craindre chez ce patient désinhibé par l'alcool.

6.2. Troubles du caractère, anxiété

- Certains troubles du caractère apparaissent secondairement à l'intoxication chronique, et sont susceptibles de régresser après désintoxication :
 - . désintérêt progressif pour la famille, les proches;
 - . irritabilité, réactions coléreuses, violence imprévisible;
 - . impulsivité.
- L'intrication de l'alcoolisme et de l'anxiété est complexe : l'alcool peut être utilisé, dans un but anxiolytique, par certains patients; mais il peut majorer les troubles anxieux préexistants, voire être anxiogène.
- En pratique quotidienne, l'anxiété chez l'alcoolique est, le plus souvent, une complication rencontrée au cours des sevrages et des alcoolisations chroniques. Dans ce dernier cas, la sévérité de l'anxiété est corrélée à la sévérité de l'alcoolisme.

6.3. État dépressif

L'alcool entretient des rapports très complexes avec la dépression.

DÉPRESSION ET ALCOOLISME

On peut observer :

- Une **dépression secondaire à l'alcoolisme** : l'alcool est dépressogène en soi et entraîne à lui seul un état dépressif modéré ou plus grave. Le traitement repose dans ce cas sur l'arrêt de l'intoxication plus que sur les antidépresseurs.
- Une **dépression de sevrage** : après trois semaines de sevrage survient une réaction dépressive avec : aboulie, fatigue, tristesse, labilité de l'humeur, irritabilité, anxiété. La guérison est spontanée avec la poursuite du sevrage.
- Un **syndrome déficitaire post-sevrage** : sans appartenir rigoureusement aux états dépressifs, le syndrome déficitaire (commun à toutes les toxicomanies) présente des analogies avec la dépression sur le plan psychologique, mais pas sur le plan somatique. On observe :
 - . un trouble rhymique : tristesse, indifférence;
 - . un trouble affectif : désintérêt, retrait affectif;
 - . une atteinte cognitive : ralentissement psychomoteur, troubles de la mémoire.

On ne retrouve pas les signes somatiques de la dépression (insomnie, anorexie) ni la variation journalière de la symptomatologie. Les antidépresseurs classiques sont peu efficaces.

6.4. Suicide

Il existe une surmortalité par suicide chez les alcooliques. L'alcool est un facteur favorisant de l'acte lui-même, d'où le risque majeur de passage à l'acte chez un alcoolique déprimé. Le suicide peut survenir aussi après une ivresse, un délire, une confusion.

7. COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES CHRONIQUES

7.1. Encéphalopathies carentielles

- Ce paragraphe est traité dans le chapitre « Confusion mentale » :
 - . encéphalopathie de Gayet-Wernicke;
 - . syndrome de Korsakoff;
 - . carence en B6, acide folique, B12, PP.

Hidden page

8. PRONOSTIC DE L'ALCOOLISME

Le pronostic varie en fonction du type d'alcoolisme étudié (cf. classifications).

FACTEURS DE MAUVAIS PRONOSTIC DE L'ALCOOLISME

- Dépendance à l'alcool massive, ancienne.
- Complications somatiques, psychiatriques, socioprofessionnelles.
- Personnalité prémarbide pathologique.
- Pathologie psychiatrique sous-jacente grave.
- Instabilité affective, un couple conflictuel.
- Environnement professionnel prédisposant.
- Absence de collaboration thérapeutique du sujet ou de son environnement.
- Diagnostic tardif entraînant une prise en charge retardée.
- Sexe féminin.

On remarque que le pronostic de l'alcoolisation chez la femme est plus sombre, en raison de la rapidité d'apparition des complications somatiques et de la dégradation sociale et professionnelle.

Nous rappelons que les conduites alcooliques chez la femme sont en constante augmentation.

9. PRINCIPES THÉRAPEUTIQUES DE L'ALCOOLISME

- La prise en charge des patients alcooliques est multiple dans le sens où le traitement comporte plusieurs aspects d'égale importance :
 - . le traitement des complications de l'alcoolisme (somatiques et psychiques);
 - . le traitement de la dépendance alcoolique;
 - . la réhabilitation sociale en cas de désinsertion.

La plupart des études sur l'évaluation des thérapeutiques de l'alcoolisme concluent que l'évolution des alcooliques traités, quelle que soit la méthode, est meilleure que celle des alcooliques non traités. En revanche, l'évaluation des méthodes thérapeutiques est particulièrement difficile, surtout en raison de l'hétérogénéité des populations étudiées, des définitions de l'alcoolisme, de la compliance des patients, de la difficulté de mise en place d'études en double-aveugle (psychothérapie versus chimiothérapie, par exemple 1).

- Les différents objectifs du traitement de l'alcoolisme découlent des différentes définitions de l'alcoolisme :
 - . obtention d'un sevrage total et définitif;
 - . traiter les complications somatiques et psychiatriques;
 - . éviter la désinsertion de la personne au niveau familial, social et professionnel.

Le premier point (« dogme de l'abstinence totale ») est actuellement remis en cause. Un état de sobriété (retour à une consommation modérée) peut être un objectif plus réaliste pour certains types d'alcoolisme. Cet objectif ne doit pourtant jamais être proposé d'emblée, mais doit être envisagé au fil d'une relation thérapeutique au long cours, en fonction des solutions atteignables et préférables pour le patient. La déculpabilisation est un point très important.

Le traitement des complications somatiques et psychiatriques de l'alcoolisme nécessite un bilan clinique et para-clinique rigoureux et complet dans la prise en charge au long cours.

Un bilan systématique explore le fonctionnement hépatique, pancréatique (échographie), métabolique (carences vitaminiques, nutritionnelles) et neurologique (centrale : tomodensitométrie, EEG, tests psychométriques, périphérique : recherche d'une polyneuropathie, d'une névrite optique).

Le dernier point nécessite des données précises sur l'entourage familial et sur l'environnement socioprofessionnel.

Hidden page

L'hospitalisation peut se faire à l'hôpital général (service de médecine interne, de gastro-entérologie, de psychiatrie) ou à l'hôpital psychiatrique s'il existe des troubles psychiatriques associés.

Un sevrage de plusieurs mois peut se faire dans des établissements spécialisés dans les cures de « désintoxication ».

9.2.2. Méthodes psychothérapeutiques :

- Pendant le sevrage, plusieurs techniques psychothérapeutiques sont utilisées à l'hôpital et dans les centres spécialisés d'alcoologie. Leur but, à travers une relation de confiance, est d'aborder directement les problèmes liés à l'alcoolisation.
- La psychothérapie permet alors un soulagement de la culpabilité, une renarcissisation qui servent de base à une approche plus approfondie à la sortie de l'établissement.
- Le travail en groupe, par le jeu des identifications aux soignants, aux alcooliques abstinents, permet au patient une bonne objectivation de ses problèmes, et par la suite une meilleure reconstruction narcissique.
- On peut proposer :
 - une psychothérapie individuelle de soutien;
 - des techniques de groupe : réunions d'informations, conférences, réunions dirigées, réunions avec des anciens buveurs;
 - des psychothérapies de groupe, psychodrames analytiques;
 - des jeux de rôles, des groupes d'analyse transactionnelle ou systémique;
 - des techniques comportementales, cognitivistes.

9.2.3. Traitement du syndrome hyperesthésique-hyperémotif :

Le traitement doit être instauré avant (traitement préventif) ou dès les premiers signes de sevrage.

Il comporte l'association classique :

- **Réhydratation** : 3 Litres/j pendant 3 à 4 jours, avec 4 g de NaCl et 2 g de KCl par litre. Correction d'une hypomagnésémie ou d'une hypocalcémie en fonction du ionogramme sanguin.
- **Sédation** jusqu'à disparition des symptômes cliniques (environ 4 à 5 jours).
- Plusieurs options sont possibles :
 - diazépam (VALIUM®) : 10 mg/6 heures;
 - chlórdiazépoxide (TRANXÈNE®) : 50 mg à 100 mg/j;
 - alprazolam (XANAX® 0,5) : 2 à 4 mg/j;
 - en cas de cirrhose : lorazépam (TEMESTA®) : 2 mg/6 heures;
 - tétrabamate (ATRIUM®) : 900 mg/j;
 - méprobamate (ÉQUANIL® 400) : 800 à 1200 mg/j;
 - carbamazépine (TÉGRÉTOL®) : 200 à 400 mg/j; bien toléré en cas de cirrhose.
- **Traitement préventif des épilepsies de sevrage** chez le sujet prédisposé : utilisation préférentielle de benzo-diazépines, de tétrabamate ou de carbamazépine (TÉGRÉTOL®).
- **Vitaminothérapie** : Vitamine B1 en IM pendant au moins 8 jours (1 g/j), puis relais par TERNEURINE® : 1 cp x 3/j (B1, B6) et acide folique (10 à 30 mg/j) pendant 3 à 4 mois.

9.2.4. Traitement des épilepsies de sevrage :

Lorsque le sevrage est brutal, les crises comitiales surviennent dans un délai de 24 heures.

- Le traitement de la crise elle-même est symptomatique par anticonvulsivants d'action rapide :
 - Clonazépam (RIVOTRIL®) : 1 ampoule (1 mg) en IV lente de 2 minutes, puis relais par 1 à 2 mg sur 6 heures à la seringue électrique;
 - ou Diazépam (VALIUM®) : 1 ampoule (10 mg) en IV lente de 2 minutes, puis relais par 40 mg sur 6 heures dans 500 cc de G5%, puis 20 mg sur les 18 heures restantes.
- Le traitement préventif est l'un des objectifs du sevrage ambulatoire ou à l'hôpital. Il comporte :
 - la mise en route chez le sujet ayant des antécédents de crises d'épilepsie de sevrage d'une prévention systématique par :
 - 20 mg de VALIUM®, ou 50 mg de TRANXÈNE® toutes les heures pendant 2 heures (prises au total),
 - en cas d'atteinte hépatique sévère : lorazépam (TEMESTA®) : 2 mg/heure pendant 2 heures.

- l'utilisation préférentielle de benzodiazépines, de tétrabamate ou de carbamazépine dans la prévention du sevrage.

9.2.5. Traitement du délire subaigu (prédelirium) :

Le traitement doit être mis en route le plus rapidement possible afin d'éviter l'apparition du delirium tremens :

- Hospitalisation systématique en médecine, c'est une urgence thérapeutique.
- Hydratation orale : 3 litres de boisson sucrées et de bouillons salés par jour.
- Alimentation : équilibrée, riche en protéides.
- Chimiothérapie :
 - VALIUM® 10 à 20 mg x 3 à 4/j;
 - ou ATRIUM® 900 mg/j les trois premiers jours, puis diminution progressive en 15 jours;
 - ou ÉQUANIL® 400 à 2400 mg/j;
 - ou TIAPRIDAL® 100 à 200 mg x 4 à 6/j;
- Vitaminothérapie : Vitamine B1 en IM pendant au moins 8 jours (1 g/j), puis relais par TERNEURINE® : 1 cp x 3/j (B1, B6) et acide folique (10 à 30 mg/j) pendant 3 à 4 mois.
- Traitement du facteur déclenchant :
 - traumatisme méconnu, hémorragie digestive, infection latente, diabète, pancréatite.
- Surveillance soigneuse pour éviter le passage en Delirium Tremens.

L'absence de régression du tableau clinique en 48 heures doit faire reconsidérer le diagnostic et faire envisager une autre complication de l'alcoolisme.

9.2.6. Traitement du delirium tremens :

Un traitement préventif au stade de sevrage simple ou de délire subaigu doit rendre exceptionnelle cette pathologie.

Le traitement du delirium tremens est une urgence thérapeutique :

- Hospitalisation en urgence en service de médecine ou de psychiatrie.
- Même démarche étiologique et symptomatique que dans le syndrome confusionnel.
- Traitement du facteur déclenchant : traumatisme méconnu, hémorragie digestive, infection latente, diabète, pancréatite.
- Réhydratation : orale ou IV :
 - orale : 3 L à 6 L pendant 2 jours; eau, jus de fruits, bouillons salés, supplémentation en sodium, potassium, magnésium et calcium selon le ionogramme;
 - ou parentérale : perfusion en 24 h de 3 à 6 litres, selon la tolérance cardiaque et rénale de glucosé à 5% :
 - pour 1 litre, on rajoute : 4 g de NaCl; 2 de KCl,
 - selon le ionogramme, par 24 heures :
 - * 2 ampoules de chlorhydrate de calcium (10 mL à 10%),
 - * 1 ampoule de sulfate de magnésium (10 mL à 20%).
- Vitaminothérapie pendant au moins 8 jours :
 - en IM si le TP le permet ou mieux dans la perfusion :
 - B1 : 1 g/j,
 - B6 : 500 mg/j.
 - B12 : 1000 µ/j en IM,
 - P.P. : 500 mg/j per os.
- Nutrition per os à la 48ème heure (après résolution de l'accès).
- Chimiothérapie :
 - ÉQUANIL® 400 : 6 à 8 ampoules/j, passage per os à la 48ème heure;
 - ou TIAPRIDAL® 100 mg : 600 à 800 mg/j;
 - ou HALDOL® 10 à 20 mg/j;
 - ou VALIUM® 20 mg en IM toutes les 4 h¹.

¹ Le VALIUM® peut être prescrit en IV si la voie IM est impossible et les risques de régurgitations trop importants.

Hidden page

Hidden page

9.5.2. Traitements médicamenteux :

La chimiothérapie dans l'alcoolisme ne saurait être, comme toujours, une médication nécessaire et suffisante. Pourtant, les médicaments ont un effet symptomatique propre qui permet d'instaurer entre le patient et son médecin une relation où l'alcool est d'abord abordé par ses conséquences, avant d'être abordé par ses causes (approche psychothérapeutique). L'intérêt d'une telle approche est de faciliter, puis de maintenir au long cours, la relation avec le patient.

• Réduction de l'appétence :

— Antidépresseurs sérotoninergiques

L'appétence à l'alcool (l'envie de boire) peut parfois être traitée par des psychotropes de types sérotoninergiques, en dehors de l'existence de troubles anxieux ou dépressifs.

— Acomprosate (AOTAL®) :

L'acomprosate (acétyl d'homotaurine de calcium) agit par stimulation des récepteurs au GABA. Cette stimulation diminuerait l'ingestion volontaire d'alcool, sans diminuer l'ingestion de boissons non alcoolisées.

— Chlorhydrate de naltrexone (REVIA®) 50 mg. Agoniste des opioïdes :

Cette molécule agit en diminuant les effets gratifiants de l'alcool et l'envie de boire. Elle permettrait une diminution de la consommation d'alcool, de la gravité des rechutes, une augmentation du taux d'abstinence.

9.5.3. Psychothérapies :

- Après le sevrage, le plus difficile est son maintien au long cours. Dans cette perspective, **la psychothérapie de soutien** est l'essentiel du traitement. Elle peut être faite aussi bien par le psychiatre, le généraliste ou le psychologue.
- En dehors de son but intrinsèque, elle prépare aussi le patient à accepter les autres structures susceptibles de l'aider, au fil de ses rechutes quasi-inévitables, comme les centres de post-cures, le dispensaire du secteur, les mouvements d'anciens buveurs, les foyers d'accueil et de réinsertion, les hôpitaux de jour.
- D'autres approches sont possibles :
 - la thérapie de groupe;
 - la « cure-type » psychanalytique : ses indications sont habituellement réservées à l'alcoolisme secondaire à des troubles névrotiques ou de la personnalité;
 - la psychothérapie brève;
 - les techniques de relaxation corporelle : auto-training de Schultz, relaxation « psychanalytique »;
 - les psychothérapies familiales : analytique, comportementaliste ou systémique.

Conduites toxicomaniaques

1. DÉFINITIONS

La dépendance à la drogue caractérise la toxicomanie. Elle se différencie, sur tous les plans (épidémiologique, clinique, pronostique, thérapeutique, judiciaire), de l'abus occasionnel de drogue, où il n'y a pas de dépendance. La notion de dépendance peut être appréhendée par une approche psychologique : dépendance psychique (présente dans toutes les toxicomanies) ou physique (présence d'un syndrome de sevrage à la diminution ou à l'arrêt de la consommation).

TOXICOMANIE

Plusieurs éléments tentent de définir la notion de toxicomanie :

- Pharmacodépendance (O.M.S., 1969) : état psychique, et parfois physique, caractérisé par des modifications du comportement qui comprennent toujours une pulsion à prendre une drogue afin de retrouver ses effets et quelquefois d'éviter le malaise de la privation.
 - Dépendance psychique : état mental caractérisé par une impulsion à prendre une drogue afin d'obtenir un plaisir ou d'annuler une tension.
 - Dépendance physique : exigence de l'organisme à consommer une drogue, afin d'éviter un syndrome de sevrage.
 - Accoutumance : état d'adaptation caractérisé par la nécessité d'augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets. L'accoutumance n'implique pas obligatoirement la dépendance physique.
 - Tolérance : état d'adaptation de l'organisme qui permet l'usage de quantités de drogues de plus en plus importante.
- Sur le plan clinique, il est facile de distinguer trois modes de consommation de drogues :
- . la consommation occasionnelle;
 - . l'abus de drogue;
 - . la dépendance toxicomaniaque.

1.1. Consommation occasionnelle

Dans l'abus occasionnel de drogues, on ne retrouve pas de dépendance : la prise est occasionnelle, irrégulière, voire unique.

L'abus occasionnel exprime des difficultés psychologiques d'adaptation et de relation en rapport, le plus souvent, avec l'adolescence (16 à 25 ans).

La consommation de drogues se fait souvent dans une « bande », où le leader est lui-même toxicomane. Les produits consommés sont : le cannabis, la cocaïne, les médicaments, associés à l'alcool et parfois les solvants. L'environnement social et familial est relativement stable, le sujet ne présente pas de structure psycho-pathologique particulièrement pathologique.

Le pronostic de la consommation occasionnelle est spontanément bon, avec disparition de la consommation de drogues lors de l'insertion affective, sociale, professionnelle, vers 25-30 ans. Toutefois, une toxicomanie typique apparaît dans 5 à 10% des cas.

1.2. Abus de drogue

L'abus de drogue est défini par l'apparition d'une dépendance psychologique de plus en plus importante.

La consommation est de plus en plus importante, la tolérance augmente, le besoin se fait de plus en plus fréquent.

Cette consommation est totalement intégrée dans la personnalité du sujet : le fonctionnement social, les performances intellectuelles et la vie affective sont préservés. Il n'existe pas encore de syndrome de sevrage.

L'abus de drogue est le mode de consommation de drogues le plus fréquent. L'évolution se fait plus fréquemment vers une toxicomanie avérée.

1.3. Dépendance toxicomaniaque

- La dépendance toxicomaniaque représente le niveau de dépendance le plus élevé.
- Elle s'exprime à plusieurs niveaux :
 - . physique : présence d'un syndrome de sevrage;
 - . psychologique : investissement unique de l'objet toxicomaniaque comme unique source de plaisir, d'énergie, de compensation;
 - . sociale : organisation de la vie affective, sociale, en fonction de la drogue.
- Cet état de dépendance entraîne un appauvrissement progressif de l'existence du sujet, au profit de la recherche constante de toxiques. Les complications médicales, psychiatriques et sociales sont fréquentes.

2. ÉPIDÉMIOLOGIE

- Sur les données fournies par la la police, les drogues les plus consommées en France sont :
 - . cannabis (60% des interpellations, en diminution);
 - . héroïne (30% des interpellations, en augmentation);
 - . cocaïne (en augmentation), barbituriques, benzodiazépines.
- Si l'on considère les sujets venant en consultation spécialisée (statistique du SEISI), les chiffres reflètent un autre aspect de la consommation (demande de soins) :
 - . 70% de consommateurs d'héroïne (mono- ou polytoxicomanie);
 - . 5 à 9% de consommateurs de codéine;
 - . 1 à 3% de consommateurs de cocaïne en produit principal (10 à 12% en produit secondaires);
 - . 40% des polytoxicomanes ont débuté par une consommation de cannabis;
 - . 50% des toxicomanes associent l'alcool à leur consommation.
- Sur le plan médical, les complications sont dominées par le SIDA et ses complications. On estime, chez les toxicomanes héroïnomanes, la fréquence de séropositivité de 35% à 40%. La campagne de prévention du SIDA dans cette population a inauguré une évolution du comportement à risque : 35% des toxicomanes IV achètent leurs seringues dans les pharmacies, 2/3 ne les prêtent plus.

QUELQUES CHIFFRES CONCERNANT LA TOXICOMANIE

- 100 000 à 150 000 toxicomanes en France.
- Âge de début de la toxicomanie : 17-23 ans.
- Population la plus atteinte : homme 20-25 ans.
- Sex-ratio : 3 hommes/1 femme.
- Décès :
 - . usage de cannabis : aucun décès;
 - . trichloréthylène : la majorité des décès par sniffing;
 - . héroïne : première cause de décès (80% des cas);
 - . médicaments : deuxième cause de décès.
- Dans le monde : 2 millions d'opiomanes, 1 million d'héroïnomanes.
- Aux USA : plus de 10 millions de cocaïnomanes.

3. CONTEXTE SOCIOLOGIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

3.1. Milieu social

- La causalité de la conduite toxicomaniaque est multifactorielle. Classiquement, la toxicomanie est la rencontre « d'un produit, d'une personnalité et d'un moment » (Olivenstein). La prise de toxiques est fonction de l'intrication de l'environnement et de la prédisposition intrinsèque du sujet. L'importance relative des différents termes de cette intrication est variable d'un individu à l'autre et chez un même individu selon les moments évolutifs de son histoire.

- **H. Lôo différencie les toxicomanies socioculturelles et les toxicomanies psycho-pathologiques :**
 - les **toxicomanies socioculturelles** résultent de l'interaction d'un contexte social (bandes d'adolescents, prosélytisme des dealers) et d'une fragilité propre à l'adolescence (crise narcissique, conflit d'identification, quête d'identité angoissée, insatisfaction affective, besoin de reconnaissance, immaturité);
 - les **toxicomanies psychopathologiques** résultent de troubles psychiatriques caractéristiques : psychotiques, prépsychotiques, dépressifs. On observe dans ce cas, une forte corrélation entre la sévérité de la pathologie psychiatrique et l'importance de la toxicomanie.
- **Parmi les facteurs sociaux majorant le risque de prises de drogues, on note :**
 - le besoin d'appartenance à un groupe : communication fusionnelle et totale avec autrui;
 - la tendance familiale, voire transgénérationnelle, de recourir à des psychotropes dans des situations de tension (alcool, somnifères, tranquillisants);
 - des relations familiales précocement perturbées (placement à répétition, séparation des parents, absence de père réelle ou symbolique);
 - l'accessibilité des toxiques, la multiplicité des produits sur le marché.

3.2. Approche psychanalytique

La dépendance vitale du toxicomane pour l'environnement est une des caractéristiques de son investissement objectal. Sa dépendance objectale est non seulement étayée par la drogue, mais aussi par l'ensemble des dispositifs de soins (hôpitaux, médecins, psychologues, etc.), de justice ou de réapprovisionnement (« deal », escroquerie, prostitution, arnaque, etc.). Sa vie, ses fonctions vitales dépendent constamment de son adéquation à l'environnement et de l'intérêt que l'environnement lui porte.

Ainsi, l'un des pièges de la toxicomanie, et non des moindres, est celui-là : alors que la drogue est censée délivrer le sujet des contingences de la réalité (liens parentaux, affectifs, sociaux), elle l'enferme dans une autre dépendance, sous le pouvoir d'un autre objet (le toxique), ou d'autres objets de plus en plus dévitalisés (vie marginale, absence de liens affectifs, utilisation de l'autre comme un moyen de se réapprovisionner, etc.).

4. PRODUITS TOXICOMANOGENES

CLASSIFICATION DES PSYCHOTROPES PAR DELAY, DENIKER (1957)

Psychostimulants : psychoanaleptiques

- Amphétamines : méthylphénidate, anorexigènes, STP.
- Cocaine et dérivés.

Psycholeptiques

- Barbituriques, hypnotiques non barbituriques.
- Benzodiazépines.
- Neuroleptiques ¹.

Psychodysléptiques

- Hallucinogènes et onirogènes :
 - cannabinoles (THC² : marijuana, hashisch, huile de hashisch);
 - phényléthylamines (mescaline, psilocybine, inoxia, MDMA³);
 - LSD⁴;
 - PCP, STP⁵.
- Stupéfiants :
 - opiacés (morphine, héroïne);
 - codéine, péthidine, méthadone, pentazocine.
- Alcool et dérivés :
 - alcool, éther;
 - solvants organiques.

1. Les neuroleptiques appartiennent à la classe des psycholeptiques mais n'entraînent jamais de toxicomanie.

2. THC : tétrahydrocannabinol.

3. MDMA : 3,4-Méthylène-Dioxy-Méthamphétamine.

4. LSD : d-lysergic acid diethylamide.

5. PCP : phencyclidine; STP : (Sérénité Tranquillité Paris) 2,5-diméthoxy-4-méthylamphétamine.

Hidden page

Hidden page

Le principe actif du chanvre (*Cannabis Sativa*) est le THC (tétrahydrocannabinol), particulièrement dans sa forme 9-delta.

On décrit « l'ivresse cannabique » lors d'intoxications aiguës : euphorie, sensation de bien-être, désinhibition, voire facilitation intellectuelle, illusions, état extatique « ça plane pour moi », dépersonnalisation, déréalisation, modification de la perception de l'espace-temps, décompensation anxieuse, dépressive ou délirante (bouffée délirante aiguë à thématique de persécution).

Le surdosage entraîne une exacerbation du tableau précédent avec des manifestations délirantes d'allure paranoïaque ou plus franchement hallucinatoires.

Le phénomène de « flash-back » décrit pour le L.S.D. est aussi possible dans les intoxications chroniques au cannabis, sur les personnalités prédisposées.

La dépendance physique est faible (rare manifestations d'irritabilité, de gastralgie, de sudation), voire inexistante. En revanche, la tolérance est importante : sachant que le produit est actif dès 10 mg, certains utilisateurs en consomment à des doses variant de 20 à 50 mg. Le passage vers une consommation d'opiacés est un risque majeur chez l'adolescent.

Le risque carcinogène d'un « joint » est 5 fois supérieur à celui du tabac.

4.3.3. Solvants volatils :

Les produits utilisés pour le « sniffing » sont nombreux et sont particulièrement accessibles à la consommation.

Le plus souvent sans lendemain à l'adolescence (expérience, rite initiatique), le passage à la chronicité est évocateur de troubles graves de la personnalité.

Les solvants ont un effet immédiat, intense et provoquent principalement des manifestations ébrieuses, euphoriques. Il peut exister des phases d'excitation psychomotrice, des épisodes hallucinatoires ou psychotiques ou des phases d'excitation agressive avec risque de passage à l'acte.

PRINCIPAUX SOLVANTS UTILISÉS COMME DROGUES

- Les principaux solvants utilisés sont :
 - . les colles, les adhésifs;
 - . les solvants purs (trichloréthylène, acétone) : diluants de peinture, produits de démaquillage, détachants;
 - . les carburants, les bombes de gaz propulseurs (butane, propane, fréons, foranes...);
 - . l'éther, les produits alcoolisés (méthanol des produits pour ménage, isopropanol des antigels, etc.), l'oxyde de carbone;
 - . les « poppers » : mélange de nitrite de butyle ou d'isobutyle en solution à 90% dans de l'éthanol et des essences végétales (risque de méthémoglobinémie).

4.4. Pharmacomanie

- L'abus de médicaments est défini par l'O.M.S. comme un « usage excessif, persistant ou sporadique, incompatible, ou sans rapport, avec un emploi médical acceptable » d'une substance médicamenteuse.
- On considère uniquement l'abus de psychotropes comme un abus réellement toxicomaniac, au sens strict du terme.
- Ainsi, élimine-t-on les autres médicaments du cadre des « toxicomanies », même si ces substances constituent une addiction (laxatifs, substances amaigrissantes : extraits thyroïdiens, anorexigènes, diurétiques).
- Parmi les médicaments utilisés, on décrit :
 - . les anticholinergiques centraux : extrait de belladone, de datura, de mandragore (effets atropiniques centraux), L-Dopa (stimulant sexuel aux USA), anti-parkinsoniens (ARTANE®). L'effet est euphorisant et parfois hallucinogène à fortes doses;
 - . les sympathomimétiques : aérosols (sujets asthmatiques), vasoconstricteurs locaux, corticoïdes (sportifs);
 - . aspirine : comme hypnotique, par le biais de son action antalgique.

5. TOXICOMANIE ET SEVRAGE

Le sevrage physique (syndrome de sevrage) est défini par un « état de manque » physique survenant à distance de la dernière prise de drogues, lors de la cession brusque de l'intoxication chronique.

Le syndrome de sevrage disparaît soit en quelques jours, soit lors de la reprise de la même drogue. Il faut le distinguer des manifestations non spécifiques pouvant survenir lors de l'arrêt de la prise de la substance.

- **Les hallucinogènes** (LSD, psilocybine, mescaline, PCP, STP) ne donnent aucun syndrome de sevrage physique.
- **Le cannabis** donnent des symptômes physiques non spécifiques à l'arrêt de l'intoxication : anorexie, nausées, insomnie, agitation, irritabilité. On ne parle pas dans ce cas de syndrome de sevrage physique.

SYNDROME DE SEVRAGE DES OPIACÉS

- Les opiacés et les morphiniques donnent un syndrome de sevrage typique avec des manifestations hyperadrénergiques :
 - . mydriase, tachycardie, « chair de poule »;
 - . secousses musculaires;
 - . syndrome pseudogrippal : céphalées, fièvre, asthénie, tremblements, larmoiement, renflement, myalgies;
 - . vomissements, bâillements;
 - . angoisse, insomnie, parfois syndrome confuso-anirique.

Le tableau disparaît en 5 à 10 jours.

- **Les amphétamines et la cocaïne** n'entraînent pas un état de manque. Les manifestations physiques observées résultent plus du sevrage psychologique. En revanche, on observe parfois lors du sevrage un tableau de myalgies, de douleurs abdominales, de tremblements. Sur le plan psychique, on observe un sommeil prolongé, une adynamie compensatrice et parfois des éléments dépressifs (risque de suicide).
- **Les barbituriques** donnent un tableau de sevrage typique, avec :
 - . tremblements, sudation, fièvre;
 - . crise convulsive;
 - . hypotension artérielle, risque de collapsus;
 - . syndrome confuso-anirique;
 - . anxiété, agitation, irritabilité, insomnie.
- **Les benzodiazépines** et les autres sédatifs donnent un tableau similaire : rebond de l'anxiété, de l'insomnie, crise d'angoisse, céphalée, vertiges, HTA, tachycardie, tremblements, syndrome confuso-anirique et convulsions.
- **Les anticholinergiques** (atropiniques, correcteurs antiparkinsoniens) peuvent donner une symptomatologie gastro-intestinale à leur arrêt.

DROGUES ET SYNDROME DE SEVRAGE

Risque de syndrome de sevrage (dépendance physique)

- . opiacés
- . barbituriques
- . benzodiazépines
- . méprobamates, chloral, méthéqualone

Absence de sevrage physique

- . cannabis
- . hallucinogènes
- . amphétamines
- . cocaïne
- . solvants

Hidden page

PHARMACOPSYCHOSE : TROIS DÉFINITIONS

1. Une manifestation psychotique aggravée par la prise de toxiques, chez les psychotiques chroniques.
2. Une manifestation psychotique révélée par la prise de toxiques : décompensation d'une psychose préexistante à l'occasion de la prise de toxiques (LSD, cannabis, cocaïne).
3. Une manifestation psychotique chronique déclenchée uniquement par la prise de toxiques et qui disparaît sous traitement (pharmacopsychose vraie).

La **troisième définition** (Endocré) est la plus souvent utilisée, mais elle reste exceptionnelle en pratique clinique. Elle essaye de rendre compte de certains travaux décrivant des **psychoses amphetaminiques** ou des psychoses secondaires à la prise d'**hallucinogènes**.

La clinique de ces psychoses recouvre l'ensemble des manifestations psychotiques possibles : paranoïde, hétérophrénique, hallucinatoire, interprétative, etc.

L'évolution est parfois, mais pas toujours, parallèle à la prise de drogues : le tableau psychotique cesse théoriquement lors de l'arrêt de l'intoxication.

Il est toujours très difficile de différencier, dans le tableau clinique, la part qui revient au toxique lui-même, et la part qui revient à un trouble psychopathologique du patient, préexistant à la prise de drogues, et qui a pu favoriser l'addiction.

Ainsi, la **deuxième définition** (Endocré) paraît la plus fréquente en pratique courante : il existe un trouble préalable de type schizophrénique qui a favorisé l'addiction toxicomaniaque (contribution à l'introspection dissociative, autothérapie de la dysphorie, du déficit), celle-ci aggrave et parfois révèle la pathologie sous-jacente.

6.3.3. Syndrome déficitaire ou syndrome amotivationnel :

- Le syndrome déficitaire des toxicomanes associe, en proportions variables :
 - . un déficit de l'activité sociale (scolaire, professionnelle), une perte des initiatives, une asthénie, un apragmatisme. Ce déficit tend à accentuer la marginalisation du toxicomane;
 - . un déficit du fonctionnement intellectuel : fatigabilité, ralentissement idéique, appauvrissement de la pensée, trouble de la concentration, troubles mnésiques pouvant aller jusqu'à l'obtusion intellectuelle;
 - . un déficit de l'humeur et de l'affectivité : désintérêt pour les activités investies antérieurement, indifférence affective aux proches, épuisement émotionnel.
- Le syndrome déficitaire apparaît dans les intoxications prolongées, plus particulièrement dans la période de sevrage. Parfois, il apparaît après quelques semaines d'intoxication seulement.

Il persiste jusqu'à plusieurs semaines après le sevrage physique et disparaît lors de la reprise de l'intoxication ou après l'arrêt prolongé de l'intoxication. Sa persistance doit faire suspecter une schizophrénie hétérophrénique sous-jacente.

SYNDROME AMOTIVATIONNEL

- Le syndrome amotivationnel est fréquent lors de la consommation continue de :
 - . cannabis;
 - . opiacés;
 - . psychostimulants;
 - . barbituriques;
 - . alcool.

6.3.4. Syndrome dépressif :

Un tableau authentiquement dépressif peut, fréquemment, émailler l'évolution d'une toxicomanie (près de 40% des toxicomanes). Le tableau est souvent masqué par l'effet des drogues.

Les états dépressifs motivent fréquemment une demande de prise en charge.

Il est parfois difficile de différencier un état dépressif d'un syndrome déficitaire des toxicomanes. Lorsque le tableau dépressif persiste après le sevrage, le traitement fait plutôt appel à des antidépresseurs stimulants de type tricyclique (ANAFRANIL®, TOFRANIL®, PERTOFRAN®) ou à l'amineptine (SURVECTOR®).

6.3.5. Autres complications psychiatriques :

• Troubles anxieux, troubles du sommeil :

Ils sont constants au cours de toutes les toxicomanies, plus particulièrement dans les périodes de sevrage, même plusieurs mois après.

Les patients se traitent alors eux-mêmes par des médicaments (barbituriques, benzodiazépines).

• Démence :

Les démences d'origine toxique sont rares. Elles seraient plus fréquentes lors de la prise de solvants, de barbituriques ou lorsque l'alcool est associé aux toxiques.

• Alcoolisme :

L'alcoolisme est une complication évolutive fréquente des toxicomanies.

7. TRAITEMENT D'URGENCE ET TRAITEMENT PRÉVENTIF

La prise en charge des toxicomanes est particulièrement difficile en raison de leur ambivalence face au traitement, leur attitude manipulatrice, voire agressive, face à l'institution et face aux médecins.

La double prise en charge psychothérapique et chimiothérapique est la seule façon susceptible d'apporter au sujet une relation thérapeutique suffisamment bonne qui l'amènera à renoncer à son « paradis artificiel ».

7.1. Traitement d'urgence

7.1.1. Syndrome de sevrage aux opiacés :

L'état de manque apparaît dans les 2 à 3 heures après la dernière injection d'héroïne, il est maximum au 2ème, 3ème jour. On observe parfois l'évolution vers un syndrome confusionnel. Le traitement est alors identique.

MESURES GÉNÉRALES À PRENDRE DANS LE SYNDROME DE SEVRAGE AUX OPIACÉS

- Environnement psychothérapique institutionnel sécurisant.
- Arrêt immédiat de tout toxique.
- Correction des désordres métaboliques.
- Réhydratation par boissons abondantes.
- Polyvitaminothérapie systématique.
- Renutrition, apport calorique.
- Bilan infectieux (examen clinique, sérologique).
- Prise en charge psychothérapique, sociothérapique.
- Prévention d'un syndrome déficitaire, ou dépressif en post-sevrage.

• Chimiothérapie symptomatique :

- Si besoin et uniquement pendant le séjour hospitalier (8 jours) :
 - antalgiques : AVAFORTAN®, VISCÉRALGINE® forte;
 - anti-spasmodiques : SPASFON®;
 - anxiolytiques : benzodiazépines (VALIUM® 10 mg x 6/j); ou bien un neuroleptique sédatif à faible dose (TERCIAN® 25 mg cp x 3/j).
- En cas d'insomnie : THÉRALÈNE® : 90 à 100 gouttes le soir (1 goutte = 1 mg), ROHYPNOL® (flunitrazépam).

• Chimiothérapie spécifique (à l'hôpital uniquement) :

- Alpha-2-stimulant central (CATAPRESSAN® ou ESTULIC® (guanfacine)) :
 - clonidine (CATAPRESSAN®) : cp à 0,15 mg : 1/2 cp x 6/j pendant 4 à 8 jours, puis baisse progressive sur un mois.
- Les doses varient selon l'importance de l'intoxication, la sensibilité individuelle du sujet, la tolérance cardiovasculaire, l'évolution des signes subjectifs et objectifs de manque.

7.1.2. Syndrome de sevrage aux barbituriques :

Le tableau est similaire à celui du sevrage alcoolique. Il apparaît entre 12 h et 3 jours après l'arrêt des barbituriques. La survenue de crises comitiales impose le VALIUM® en IM ou en IV.

Le bilan et les mesures générales sont les mêmes que lors d'un sevrage aux opiacés.

L'arrêt de tous les barbituriques d'action rapide se fait sous couverture par GARDÉNAL® cp 100 mg x 2 à 3/j, pendant plusieurs semaines.

On associe systématiquement une vitaminothérapie B1 (1 g/j) et B6 (500 mg/j).

La prescription de VALIUM® (10 mg x 3/j) est possible en cas de résurgence anxieuse.

La surveillance par EEG est systématique lors du sevrage (sous GARDÉNAL®) et après l'arrêt du GARDÉNAL®.

7.1.3. Syndrome de sevrage aux benzodiazépines :

- Plusieurs médicaments sont proposés lors d'un sevrage brutal aux benzodiazépines :
 - réintroduction d'une benzodiazépine à demi-vie longue (VALIUM®) à dose régressive (réduction de 25% de la dose initiale tous les 15 jours);
 - injection IM de GARDÉNAL®;
 - bêtabloquants (atenolol);
 - carbamazépine (TÉGRÉTOL®).

7.2. Traitement préventif

La post-cure est le moment le plus décisif pour le toxicomane, lorsque celui-ci n'a pas abandonné pendant le sevrage.

Le traitement préventif des rechutes s'organise autour de plusieurs axes :

- **Psychiatrique** : le traitement médicamenteux des troubles anxieux et du sommeil, qui persistent après le sevrage est indispensable pour prévenir le risque de rechute (benzodiazépines, neuroleptiques sédatifs à faible dose, méprobamates, cyclopyrrolones (IMOVANE®, STILNOX®). Le traitement d'un syndrome déficitaire est parfois nécessaire. Il fait appel à des psychotropes désinhibiteurs :
 - sulpiride (DOGMATIL® : 150 à 400 mg/j);
 - amisulpride (SOLIAN® : 50 à 100 mg/j);
 - carpipramine (PRAZINIL® : 100 mg/j).
- **Psychologique** : le suivi régulier, de type psychothérapique de soutien, est indispensable. Les progrès du patient permettent parfois la mise en place d'une psychothérapie plus stricte (psychothérapie d'inspiration analytique). Une prise en charge familiale, de type systémique, est parfois proposée, en particulier aux adolescents.
- **Social** : une aide sociale permet de rompre avec la marginalisation progressive du patient et le prépare à une réinsertion dans le tissu social. Certains centres de post-cure proposent l'apprentissage d'une profession dans le même temps que la post-cure. Ainsi, le patient peut-il plus rapidement intégrer la vie active après son séjour.
- **Médical** : un suivi spécialisé est mis en place en fonction des complications médicales qui ont été trouvées (hépatite, séro-positivité, endocardite, etc.).

La **thérapie de maintenance à la méthadone** propose un opiacé à demi-vie longue, sous contrôle médical et biologique strict (absence d'autres toxiques dans les urines, consultation journalière).

Les indications sont représentées par des toxicomanies chroniques, résistantes aux autres thérapeutiques, chez les sujets motivés et bien insérés socialement, susceptibles de se désintoxiquer à l'avenir.

La méthadone n'entraîne ni euphorie, ni troubles de la vigilance, ni perturbation cognitive. Elle appartient aux thérapeutiques préventives de contamination par le VIH.

Certains cas de toxicomanie chronique, sur plus de 20 ans d'évolution, sont une indication presque humanitaire de méthadone, en raison d'une abstinence impossible.

8. ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX

- Les soins aux toxicomanes sont régis par la loi du 31 Décembre 1970 : loi sur la toxicomanie, le trafic et l'usage illicite de substances vénéneuses.
- Cette loi comprend :
 - . un volet répressif : condamnation des trafiquants à des peines lourdes;
 - . un volet médico-social : le toxicomane est d'avantage considéré comme un malade que comme un délinquant.
- Le toxicomane peut être amené à se faire soigner :
 - . Par injonction thérapeutique du Procureur : obligation de soins, sous la responsabilité de la DDASS, qui permet d'éviter la condamnation pénale lors d'une arrestation. La DDASS contrôle régulièrement la durée et le déroulement du traitement auprès du médecin et tient régulièrement informé le Procureur.
 - . Lors d'un signalement à la DDASS, par des services médicaux ou sociaux (médecins d'entreprise, médecins scolaires). Les soins sont toujours gratuits, ainsi que la post-cure. Mais il n'y a pas d'obligation de soins, pas de contrôle, pas de signalement aux autorités judiciaires en cas d'interruption de la cure.
 - . Spontanément par des services médicaux. L'anonymat est assuré, il n'y a aucun contrôle imposé, aucune poursuite engagée en cas d'interruption de la cure.

Troubles psychiques et puerpéralité

- La grossesse, en particulier la première, est une période de vulnérabilité psychique importante en raison de l'intrication de trois facteurs potentiellement pathogéniques :
 - . le facteur psychologique : accession au statut de mère, réactualisation du conflit oedipien, importance et place de la grossesse pour la mère et pour le père, représentations fantasmatiques et place de l'enfant à venir, évolution de la relation entre les deux parents, peur d'une anomalie à la naissance;
 - . le facteur biologique : bouleversement du statut hormonal habituel, pendant la grossesse, la délivrance, la lactation, retentissement psychologique des modifications corporelles (prise de poids, augmentation de la taille des seins, etc.);
 - . le facteur sociologique : statut économique actuel, modification de la situation professionnelle, bénéfices sociaux de la situation de « mère de famille ».
- Dans l'ensemble des troubles étudiés dans ce chapitre, il est important de différencier :
 - . les épisodes décompensés à l'occasion de la grossesse : rôle de facteur déclenchant de la puerpéralité;
 - . les épisodes spécifiques de la grossesse : rôle étiopathogénique de la puerpéralité;
 - . les épisodes mineurs et transitoires non pathologiques : anxiété du premier trimestre, labilité émotionnelle, inquiétudes concernant le futur.
- Les troubles psychiques liés à la puerpéralité entraînent une hospitalisation (tous diagnostics confondus) dans 1 à 2 grossesses pour mille accouchements.
- Pour certaines pathologies psychiatriques (névroses graves, psychoses chroniques), il est possible d'observer des améliorations spectaculaires pendant la grossesse. D'autres pathologies sont d'observation rarissime pendant la grossesse (états maniaques). En revanche les troubles thyroïdiens correspondent à 80% des causes d'hospitalisation dans le post-partum avec une surreprésentation de la manie.

1. TROUBLES PSYCHIQUES PENDANT LA GROSSESSE

MANIFESTATIONS NÉVROTIQUES PENDANT LA GROSSESSE

On décrit pendant la grossesse :

- Des manifestations mineures, quasi-« physiologiques » :
 - . dysphorie, moments d'élation intense, irritabilité, revendications affectives, difficultés d'endormissement, perturbation des conduites alimentaires (« envies », grignotage, boulimie);
 - . inquiétudes concernant le futur ou l'accouchement (peur d'un nouveau-né anormal ou mort, peur d'être incompetente ou débordée).
- Des manifestations névrotiques transitoires plus structurées :
 - . symptômes anxieux, phobiques, obsessionnels;
 - . symptômes hystériques : comportement régressif, infantile, évitement agressif de la sexualité, vomissements incoercibles persistant au-delà du premier trimestre, troubles du transit, troubles neurovégétatifs;
 - . symptômes anxio-dépressifs : dépression névrotique dans les premiers mois de la grossesse, plaintes somatiques au premier plan.
- Des manifestations comportementales :
 - . hyperactivité paradoxale : absence de ménagement pour elle-même, travail toujours intense, voire augmenté, non respect des conseils médicaux. Cela pose le problème du terrain de survenue des accouchements prématurés.
- Des décompensations de névroses préexistantes :
 - . en particulier en début de grossesse : aggravation des comportements régressifs, apparition d'éléments tyranniques, décompensation dépressive.

1.1. Manifestations névrotiques

Les manifestations névrotiques sont les plus fréquentes des manifestations survenant au cours de la grossesse.

1.2. Troubles dépressifs

Les troubles dépressifs s'observent dans 10% à 17% des grossesses. Les dépressions sont de type névrotique et surviennent dans le premier trimestre de grossesse d'une façon transitoire.

La symptomatologie dysphorique est plus spécifiquement dépressive névrotique : asthénie, sentiment d'auto-dépréciation, d'incapacité, quête affective. Les ruminations anxieuses, à paroxysme vespéral, concernent plus spécifiquement le futur proche : enfant à naître, accouchement.

Plusieurs facteurs de risque d'une telle décompensation ont été isolés : âge inférieur à 20 ans, ambivalence vis-à-vis de la grossesse, antécédents d'I.V.G., conflits conjugaux, situations économiques ou sociales défavorables.

1.3. Accès mélancoliques

Les accès mélancoliques pendant la grossesse sont rares et surviennent électivement dans la deuxième moitié de la grossesse. La proximité du terme favorise la présence d'éléments confusionnels ou délirants. Les accès se poursuivent, le plus souvent, après l'accouchement.

La thérapeutique de tels accès est représentée essentiellement par la sismothérapie.

1.4. Troubles psychotiques

Les psychoses pendant la grossesse sont 5 fois moins fréquentes que les psychoses du post-partum.

On observe alors des accès délirants aigus (bouffée délirante) avec une symptomatologie confusionnelle plus ou moins importante.

La thérapeutique de tels accès est représentée essentiellement par la sismothérapie.

De tels accès peuvent être un mode d'entrée dans la schizophrénie (diagnostic rétrospectif après plus d'un an d'évolution).

2. TROUBLES PSYCHIQUES DU POST-PARTUM

« D'abord l'accouchée doit faire le deuil de son état de grossesse et de l'enfant imaginaire, parfait idéal, et conforme à chacun de ses désirs, y compris à leurs contradictions. Ensuite, elle doit faire le travail inverse : celui d'attacher à l'enfant nouveau-né des désirs des espoirs, des sentiments; en définitive elle doit faire le travail de « faire de la place » dans sa vie mentale à ce nouveau venu. »

Lebovici, « Le nourrisson, la mère et le psychanalyste »

Les troubles du post-partum surviennent dans les suites de l'accouchement, en particulier à des moments critiques : montée laiteuse (3ème jour), sevrage, retour des règles. Au-delà de 6 mois à 1 an, on ne parle plus de troubles du post-partum.

La thérapeutique de choix des manifestations graves du post-partum (psychoses confuso-délirantes, mélancolies délirantes, états mixtes, états maniaques) est la sismothérapie.

2.1. Post-partum blues : « syndrome du troisième jour »

Le tableau de « post-partum blues » est fréquent (plus de 50% des accouchements), banal, généralement bénin et transitoire : d'un jour unique à quelques jours. Dans 10% des cas la dépression persiste au-delà d'une semaine. Un traitement est entrepris si les troubles s'intensifient ou persistent au-delà d'un mois.

POST-PARTUM BLUES

- Le tableau associe un désordre thymique a minima contemporain de la montée laiteuse (vers les 3ème- 6ème jours) :
 - . tristesse, crise de larmes;
 - . labilité thymique, anxiété;
 - . irritabilité, plaintes hypochondriaques;
 - . sentiment d'incapacité à s'occuper du nourrisson.

2.2. Psychoses du post-partum

La période à risque, pour l'apparition de manifestations psychotiques dans le post-partum, est le premier mois : 80% des cas, dont 40% à la première semaine.

La fréquence des psychoses du post-partum est de 1 à 2‰ accouchements.

L'école française a différencié, au sein des manifestations psychotiques ou thymiques survenant après l'accouchement, une entité clinique spécifique : la psychose puerpérale.

2.2.1. Psychose puerpérale : psychose confuso-délirante du post-partum

SIGNES CLINIQUES DE LA PSYCHOSE PUERPÉRALE

1. Début

- Brutal, après un temps de latence de 3 à 5 jours après l'accouchement, avec un pic de fréquence au 10ème jour.
- Précède d'une période de cauchemars ou d'agitation ou d'un post-partum-blues.

2. Par la suite, le tableau est celui d'une bouffée délirante aiguë particulièrement confuso-onirique, variable, polymorphe et labile d'un moment à l'autre :

- **Fluctuations de la conscience** : présence de troubles de la vigilance allant de la stupeur à l'agitation, à recrudescence vespérale.
- **Fluctuation de l'humeur** : présence de moments dépressifs intenses avec risque auto- ou hétéro-agressif, alternance avec des périodes d'exaltation thymique.
- **Syndrôme délirant** : riche, intense, surtout hallucinatoire :
 - . mécanismes multiples : illusions perceptives, hallucinations, bouffées oniriques, scènes oniriques;
 - . thématique : centrée sur la naissance, la relation à l'enfant et la filiation (« l'enfant n'est pas de moi », « l'enfant n'est pas né », « on m'a substitué mon véritable enfant », « on a changé son sexe », « ce n'est pas lui », « il est en danger de mort, on lui en veut »).

Les principaux diagnostics différentiels d'un tel tableau confusionnel, survenant dans le post-partum, sont : la thrombophlébite cérébrale, la rétention placentaire et les causes infectieuses de confusion.

L'évolution est favorable dans 80% des cas, avec une guérison sans séquelles. On observe une récurrence dans 20% des cas à la prochaine grossesse.

Un tel tableau peut être aussi inaugural d'une pathologie thymique ou d'une pathologie schizophrénique, dys-thymique ou non (dans 10 à 15% des cas).

FACTEURS DE RISQUE DE LA PSYCHOSE DU POST-PARTUM

- Antécédent familial de schizophrénie ou antécédent personnel de bouffée délirante.
- Primipare.
- Âge supérieur à 30 ans.
- Situation économique et sociale précaire.
- Conditions d'accouchement difficiles, complications obstétricales.
- Absence de préparation à la grossesse (ou plutôt à la réalité de l'enfant à venir) : patiente immature, personnalité limite, personnalité psychopathique.

Hidden page

- Le tableau clinique est marqué par :
 - . l'existence fréquente d'une symptomatologie confusionnelle;
 - . la présence d'éléments délirants dans 50% des cas;
 - . une thématique anxio-délirante centrée sur l'enfant : sentiment d'incapacité à s'en occuper, auto-culpabilité, sentiment que l'enfant va, ou doit, mourir, que ses proches sont malades;
 - . un risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif non négligeable (infanticide ou suicide à deux);
 - . un état mixte.
- La thérapeutique est systématiquement entreprise à l'hôpital. La sismothérapie est le traitement le plus rapidement efficace des mélancolies délirantes et des états mixtes.
- La mélancolie du post-partum peut être un mode d'entrée dans la psychose maniaco-dépressive ou bien rester isolée et ne plus jamais récidiver, en particulier si la note confusionnelle a été importante.

2.3.3. Dépression non endogène :

- Elles surviennent, parfois, dans les suites d'un post-partum blues mais, le plus souvent, à distance de l'accouchement. Elles sont fréquentes : 10 à 20% des accouchements.
- Les dépressions non endogènes ont une intensité moins importante :
 - . asthénie intense;
 - . idées hypocondriaques;
 - . insomnie, amaigrissement;
 - . irritabilité, trouble des fonctions supérieures;
 - . évolution traînante malgré les chimiothérapies.
- Des phobies d'impulsion (peur de jeter le bébé par la fenêtre) ou des ruminations obsédantes idéatives sont parfois présentes.
- Malgré le caractère, parfois très névrotique, de ces dépressions, elles disparaissent souvent rapidement après quelques séances de sismothérapies.

FACTEURS FAVORISANT UNE DÉPRESSION NON ENDOGÈNE DU POST-PARTUM

- On isole plusieurs facteurs favorisants :
 - . âge supérieur à 30 ans ou inférieur à 20 ans;
 - . troubles psychologiques pendant la grossesse, grossesse non désirée;
 - . situation maritale, économique ou sociale précaire, insuffisante;
 - . difficultés relationnelles avec sa propre mère;
 - . sévérité du post-partum blues.

3. TROUBLES PSYCHIQUES DU POST-ABORTUM

Les troubles les plus fréquemment observés sont les épisodes dépressifs, en particulier après les avortements thérapeutiques.

Législation et assistance

1. MESURES D'HOSPITALISATION

Loi du 27 Juin 1990 (remplace la loi du 30 Juin 1838).

Il existe deux modes d'hospitalisation en psychiatrie : l'hospitalisation en service libre et l'hospitalisation en service fermé (unité protégée).

Pour l'hospitalisation en service fermé, deux modes d'entrée existent : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et l'hospitalisation d'office (HO).

1.1. Hospitalisation en service libre

L'hospitalisation en service libre est le mode le plus fréquemment utilisé en psychiatrie (90% des admissions).

L'hospitalisation en service libre suppose l'accord du patient pour son hospitalisation. Elle est soumise à la même réglementation que dans les hôpitaux généraux. Le patient peut donc sortir « contre avis médical ».

1.2. Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) (5 à 8% des admissions)

Dans certaines pathologies psychiatriques, alors même que le patient nécessiterait des soins, le patient peut refuser l'hospitalisation.

Les troubles psychopathologiques en question, sont ceux dont la nature peut altérer le contact à la réalité et les capacités cognitives du sujet : déficit des capacités cognitives pour débilité ou démence mais aussi état délirant, dissociation et incohérence psychotiques, état dépressif grave, etc.

Dans ces différents cas, il est nécessaire d'hospitaliser le patient afin de le traiter, en raison du danger qu'il peut représenter pour lui-même ou pour son entourage.

— Trois pièces sont nécessaires pour l'admission en unité protégée :

- la demande d'admission émanant d'un tiers : une pièce
- deux certificats médicaux : 2 pièces.

1.2.1. Demande d'admission émanant d'un tiers :

- Elle est :
 - manuscrite et signée, sur papier libre par un membre de la famille ou une personne « susceptible d'agir dans l'intérêt du patient » (sauf une personne soignante de l'établissement d'accueil¹);
 - adressée au directeur de l'établissement psychiatrique.
- Elle comporte :
 - les nom, prénoms, âge, profession (ou bien écrire « sans profession ») et domicile tant du patient que de la personne demandant le placement;
 - la nature des relations qui les lie ou leur degré de parenté;
 - le numéro de la carte d'identité du sujet demandeur;
 - le numéro de la carte d'identité du patient, ou à défaut la mention « urgence médicale à prendre sans pièces d'identité ».

1.2.2. Certificats médicaux :

- Les certificats médicaux sont valables 15 jours. Ils peuvent être rédigés par tout médecin thésé, inscrit au conseil de l'ordre (un étudiant en médecine peut faire un certificat s'il a obtenu une licence de remplacement). Il est nécessaire d'avoir examiné le patient pour le rédiger.

1. L'assistance sociale du service n'est pas considérée comme « personnel soignant », elle peut donc faire la demande.

- le premier certificat (C1) ne peut être rédigé par un médecin exerçant dans l'établissement accueillant le patient;
- le second certificat (C2) peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement accueillant le patient; il peut du reste émaner d'un autre médecin. Ce certificat « confirme » le premier.
- **Les certificats, datés et signés :**
 - **précisent :**
 - l'identité et l'adresse du malade et du médecin (lieu d'exercice),
 - la description symptomatique de l'état du malade (ne pas mettre de diagnostic, ni mentionner les antécédents familiaux).
 - **attestent** trois conditions essentielles :
 - le consentement impossible,
 - la nécessité de soins immédiats,
 - la surveillance médicale constante en milieu hospitalier.
 - **se terminent** par la phrase :

« Les troubles rendant impossible un consentement à l'hospitalisation, le patient doit être hospitalisé selon les termes de l'article L. 333 du code de la santé publique. »
- **Les médecins établissant les certificats ne doivent être :**
 - ni parents (jusqu'au 4ème degré inclusivement);
 - ou alliés :
 - de la personne demandant l'hospitalisation,
 - du patient,
 - entre eux,
 - des chefs ou propriétaires de l'établissement.
- A titre exceptionnel en cas de « péril imminent », le Directeur de l'établissement peut accepter un patient sur **un seul certificat médical**, y compris d'un médecin exerçant dans son établissement. Dans ces cas d'urgence, le certificat précise : « ... de l'article L 333-2... » à la place de L 333.

MODÈLE DE DEMANDE D'ADMISSION ÉMANANT D'UN TIERS

(Manuscrite, sur papier libre)

Je soussigné(e) Monsieur (Madame) [nom et prénom], [profession, sinon « sans profession »], né(e) le, habitant, demande en ma qualité de, conformément à l'article L.333 du CSP [ou L.333.2 du CSP si procédure d'urgence] et aux conclusions des [ou « du » si L.333.2] certificats médicaux ci-joints, l'admission à l'hôpital de, de M. [nom, prénom], [profession, sinon « sans profession », âge de, et habitant

Fait à, le

Signature

Pièce d'identité n°

MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné Docteur [nom, prénom], exerçant en tant que à, certifie avoir examiné ce jour M. [nom, prénom, âge, profession, adresse] et avoir constaté les troubles suivants : [description symptomatique].

Les troubles mentaux de M. rendant impossible un consentement à l'hospitalisation, son état nécessite des soins immédiats et une surveillance médicale constante en milieu hospitalier selon les termes de l'article L. 333 du CSP [ou L. 333.2 du CSP].

Fait à, le

Signature

1.3. Hospitalisation d'office (HO)

L'hospitalisation d'office concerne toute personne dont « les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes » (2% des admissions).

Il existe 3 possibilités pour placer un patient en secteur fermé par HO :

1.3.1. Procédure courante (Article. L.342. du Code de la Santé Publique) :

Le Préfet de Police (à Paris), ou les Préfets de départements, peuvent hospitaliser d'office un patient au vu d'un **certificat** médical circonstancié d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Le préfet rédige alors un arrêté préfectoral.

1.3.2. Procédure en cas de danger imminent (Article L.343. du Code de la Santé Publique) :

- Cette procédure d'urgence suppose :
- un sujet présentant des troubles mentaux manifestes;
 - un danger imminent pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical (ou à défaut, par la « notoriété publique »).

Cette procédure **ne doit pas être utilisée pour un motif « d'ordre public »**, à la différence de la procédure courante d'HO.

La demande peut être faite par le maire, les Commissaires de Police à Paris, à charge d'en référer dans les 24 heures au préfet qui devra statuer sans délai. Sinon, la mesure (arrêté provisoire) est caduque dans les 48 heures.

1.3.3. Procédure judiciaire (Article L 348 du CSP)

C'est une procédure qui fait suite à un jugement par les autorités judiciaires : non-lieu, relaxe, acquittement, application de l'article 122-1 du code pénal¹. Les autorités judiciaires avisent le Préfet que le sujet pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes. Un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil doit rédiger un certificat médical circonstancié attestant que l'état de santé actuel du patient compromet l'ordre public ou la sûreté des personnes.

Il appartient toujours à l'autorité judiciaire d'apprécier le bien-fondé de la mesure d'internement, de vérifier l'existence de la motivation et sa conformité à la loi.

Le juge pourrait mettre fin au placement d'office et accorder à l'intéressé une réparation des dommages subis.

1.4. Contrôles des internements

1.4.1. Contrôles administratifs :

Plusieurs modes de contrôle administratif des internements ont été mis en place :

- visite **trimestrielle** par le Procureur de la République de la circonscription;
- visite **semestrielle** par le Préfet, le Juge du tribunal d'Instance, le Maire;
- **registre** de la loi de l'établissement signé au cours des visites précédentes;
- institution dans chaque département d'une Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP). Ces commissions soulèveront très probablement des problèmes liés à l'extension du secret médical (Marcuel).

1.4.2. Contrôles médicaux :

Des contrôles médicaux ont été mis en place selon la modalité de l'hospitalisation.

- **Hospitalisation à la demande d'un tiers :**
 - dans les 24 heures suivant l'admission : un **certificat « immédiat »** dit « **des 24 heures** » doit être établi par un psychiatre de l'établissement. Ce dernier ne doit pas avoir rédigé l'un des deux certificats initiaux;
 - dans les 3 jours précédant l'expiration des 15 premiers jours : « **certificat de quinzaine** »;
 - dans les 3 jours précédant l'expiration de chaque mois après la quinzaine : « **certificat mensuel** ».

¹ L'ancien article 64 du code pénal précisait : « qu'il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister ».

Il a été modifié le 1er mars 1994 en article 122-1 du code pénal : « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuro-psychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes... (elle) demeure punissable; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ».

- Hospitalisation d'office :

- dans les **24 heures** suivant l'admission : un certificat « des 24 heures » doit être établi par un psychiatre de l'Établissement;
- dès le **quinzième jour** puis **tous les mois** après l'admission, le certificat d'un psychiatre de l'Établissement doit être transmis au Préfet et à la C.D.H.P;
- dans les 3 jours avant la fin du **premier mois** puis du **troisième mois** puis tous les **six mois**, le Préfet, après avis d'un psychiatre, doit décider de la justification du maintien de l'hospitalisation.

En cas d'absence de décision préfectorale dans les délais, la sortie du patient est possible.

TABLEAU 1 : CERTIFICATS NÉCESSAIRES EN CAS D'INTERNEMENT

Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)	Hospitalisation d'office (HO)
Certificat des « 24 heures »	Certificat des « 24 heures »
Certificat de quinzaine *	Certificat de quinzaine *
Certificat mensuel **	Certificat mensuel *
	Certificat du troisième mois *
Certificat tous les mois***	Certificat tous les six mois***
* : à partir du jour d'admission. ** : à partir de la date du certificat de quinzaine. *** : à partir du certificat précédent.	

1.5. Sortie du patient du service fermé

1.5.1. Sortie d'essai :

- Les sorties d'essai permettent d'assouplir les conditions d'hospitalisation et préparent, par des sorties avec ou sans personnel soignant, à l'extérieur, la sortie définitive.
- Pendant la sortie d'essai, le patient est généralement suivi par l'équipe de son secteur. La durée est limitée à **trois mois** au plus, renouvelables.
 - HDT : la décision est prise par le psychiatre traitant qui en avise le directeur de l'Établissement; le bulletin de sortie est transmis au Préfet;
 - HO : la décision est prise par le Préfet, sur proposition écrite du psychiatre de l'établissement.

1.5.2. Sortie définitive :

• Hospitalisation à la demande d'un tiers :

- Lorsque la sortie définitive du patient d'une unité protégée est décidée, la famille du patient doit être informée des modalités de soins et des différentes conditions de sortie du patient.
- La sortie peut s'effectuer :
 - soit par un certificat d'un psychiatre de l'établissement notifiant que les conditions qui ont présidé à l'admission ont disparu;
 - soit par **non production des certificats de quinzaine**, puis mensuels, suivant dans les délais légaux;
 - soit par **décision judiciaire** : Président du Tribunal d'Instance, Procureur de la République, la C.D.H.P, le patient et toute personne lui portant intérêt, après jugement en référé et débat contradictoire;
 - soit **contre avis médical**, par ordre de préséance suivant : le curateur, le conjoint (ou le concubin), les ascendants, puis les descendants majeurs, la personne qui a demandé le placement (sauf opposition d'un parent jusqu'au 6ème degré inclus), le conseil de famille, la CDHP.
- Dans tous les cas la personne ayant demandé l'hospitalisation est prévenue du changement du mode d'hospitalisation.
- S'il y a dissentiment entre deux ayant droits, le conseil de famille doit se prononcer dans un délai d'un mois.
- Si le médecin de l'établissement pense que le patient pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, il peut prévenir le préfet. La réponse préfectorale peut être un sursis à la sortie, valable 15 jours. Pendant cette période, le patient est placé en HO soit immédiatement, soit au terme des 15 jours. Nous rappelons que là encore, le préfet peut ne pas tenir compte de l'avis médical.

Hidden page

- Le juge des Tutelles est donc saisi par la requête plus un certificat d'un spécialiste choisi sur une liste établie par le Procureur de la République.
- Après l'audition du patient, le juge décide ou non l'ouverture de la tutelle.
- Sous tutelle, il y a privation totale de capacité juridique : « sous tutelle nul de droit ». Les actes antérieurs, si la cause de la tutelle existait, sont annulables.
- Le juge nomme un tuteur qui représente le patient dans tous les actes de la vie civile ou juridique. Plusieurs formes de tutelles sont possibles :
 - **tutelle complète** : tuteur désigné par le conseil de famille (le conjoint est tuteur de droit);
 - **administration légale** : un parent proche, ou le conjoint, est autorisé à administrer les biens sous contrôle judiciaire;
 - **gérance de la tutelle** : tutelle administrative chez les patients hospitalisés, sans famille fiable;
 - **régime de capacité partielle** : le juge des tutelles peut diminuer les conséquences de la mise sous tutelle par décision spéciale et spécifique.

2.3. Curatelle

La curatelle est une mesure de protection **moins complète que la tutelle**. La procédure de mise en route est analogue. Le curateur est le conjoint (curateur de droit) ou toute autre personne morale, de la famille ou non, qui est alors désignée par le juge.

Le curateur administre les biens et gère le patrimoine du patient pour tous les actes de disposition (vente, emprunt, donation).

Le patient conserve son droits de vote, mais reste inéligible. Il ne peut être juré ou tuteur. Il conserve le droit de faire son testament. Le mariage nécessite l'accord du curateur ou du juge des tutelles.

Le juge des tutelles peut diminuer les conséquences de la mise sous curatelle par décision spéciale et spécifique, sur avis du médecin.

3. LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE

3.1. Historique du secteur

3.1.1. Principes de base :

Le secteur détermine l'organisation de l'ensemble des soins psychiatriques dans une aire géographique déterminée. L'un de ses principes de base est d'éviter d'éloigner le malade de son milieu naturel.

L'un de ses buts est de décentraliser les soins de l'hôpital psychiatrique, de faire sortir les malades mentaux de l'hôpital à l'aide de structures extra-hospitalières moins lourdes, plus souples de fonctionnement.

Grâce à ses structures extra-hospitalières (dispensaire, foyers, clubs thérapeutiques, etc.) l'équipe sectorielle tente de démarrer les soins à un stade aussi précoce que possible ou de les poursuivre après un séjour hospitalier.

Les activités de prévention, de cure (y compris les soins ambulatoires) et de post-cure sont prise en charge par le secteur.

Il existe actuellement environ 780 secteurs de Psychiatrie adulte et 285 intersecteurs de Psychiatrie infanto-juvénile.

- On peut résumer les avantages théoriques de la sectorisation en différents points :
 - diversifications des organismes de soins permettant d'éviter souvent l'hospitalisation;
 - souplesse et mobilité des équipes de soins permettant une durée d'hospitalisation réduite;
 - organisation de la post-cure par une seule équipe, multidisciplinaire, dans des centres extra-hospitaliers;
 - action de prévention et de réadaptation.

3.1.2. Cadre juridique :

Le secteur débute dans le XIII^{ème} arrondissement de Paris en 1954, par une équipe réunie autour de Ph. Paumelle en dehors de tout cadre juridique. Une simple circulaire devient son acte de naissance : Circulaire du 15 Mars 1960 du ministère de la Santé :

« L'établissement psychiatrique doit servir désormais une aire géographique bien délimitée appelée secteur ».

Par la suite, une autre circulaire du 16 Janvier 1969 divise officiellement le département en aires géographiques : « secteur » de 67 000 habitants et 3 lits d'hospitalisation pour 1000 habitants.

Un arrêté du 14 Mars 1972 et des circulaires du 14 et 16 Mars 1972 précisent les buts et les moyens de la politique de secteur en établissant un « règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies » et en créant l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile.

Ce service public, destiné à répondre à la demande de la population qui y réside, est confié à un médecin psychiatre chef de secteur qui a la responsabilité d'une équipe composée de médecins, assistantes sociales, psychologues et de personnels infirmiers.

En 1970 les infirmiers deviennent des infirmiers de secteur psychiatrique avec un diplôme attestant de leur formation. Ils s'intègrent au sein de l'équipe médico-sociale, et jouent un rôle essentiel dans la continuité des soins.

3.2. Fonctionnement du secteur

L'équipement psychiatrique d'un secteur (70 000 à 80 000 habitants) se fonde sur un ensemble de structures de soins hospitalières et extra-hospitalières, et doit assumer toutes les demandes d'assistance psychiatrique.

Le secteur est sous la responsabilité d'une équipe soignante dirigée par un psychiatre, médecin-chef de secteur. Un patient du secteur ne peut être refusé dans une institution (hospitalière ou non).

NORMES MINIMALES D'UNE ÉQUIPE DE SECTEUR

- Un médecin-chef de secteur.
- Un assistant ou un adjoint.
- Une assistante sociale.
- Un « Temps infirmier » pour 10 000 habitants pour les soins extra-hospitaliers.
- Une secrétaire médicale.
- La possibilité de recruter du personnel vacataire : psychiatre, ergothérapeute, kinésithérapeute...

Le financement du secteur est assuré pour la partie hospitalisation par la sécurité sociale, le secteur extra-hospitalier est pris en charge par la DDASS.

3.3. Intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile

Un secteur de psychiatrie infanto-juvénile couvre une population de 140 000 à 210 000 habitants (2 à 3 secteurs de psychiatrie adulte).

Ses objectifs sont la prévention, le dépistage, le traitement ou l'éducation spécialisée des mineurs jusqu'à seize ans.

L'équipe est multidisciplinaire : psychiatre, psychologue, orthophoniste, psychométricien, assistante sociale et assistante scolaire spécialisée.

Plusieurs structures peuvent accueillir les enfants :

- Dans le cadre d'un séjour continu :
 - l'hôpital : le nombre volontairement réduit de lits à l'hôpital a pour but de favoriser les prises en charge extra-hospitalières (0,25 à 0,30 lits pour 1000 habitants à la différence de 1 à 1,8 lits pour 1000 habitants chez l'adulte);
 - l'I.M.E. : internat médico-éducatif;
 - l'I.M.P. : internat médico-pédagogique;
 - l'I.M.Pro. : internat médico-professionnel.

- Dans le cadre d'un séjour partiel :
 - . l'hôpital de jour;
 - . l'E.M.P. : externat médico-pédagogique;
 - . l'E.M.Pro. : externat médico-professionnel;
- Plusieurs types de consultations spécialisées existent :
 - . dans les Centres Médico-Psychologiques (CMP) où les soins sont gratuits;
 - . dans les consultations hospitalières spécialisées;
 - . dans les CMPP : centre médico-psycho-pédagogiques;
 - . dans les centres d'action médico-sociale.

4. PRISE EN CHARGE – ÉQUIPEMENTS PSYCHIATRIQUES

4.1. Institutions publiques de prévention et de cure

4.1.1. Dispensaire d'hygiène mentale : actuellement : Centre Médico-Psychologique (CMP) :

L'un des « piliers » de la sectorisation. Les soins en CMP sont gratuits. Ils se font sous la responsabilité du centre hospitalier de rattachement.

Le DHM assure les consultations ambulatoires et le suivi à l'extérieur de l'hôpital des patients, parfois à l'aide de visites à domicile. Grâce à cette structure, des études épidémiologiques sont possibles.

• Centres hospitaliers psychiatriques :

- Il existe un total de 261 établissements qui totalisent près de 112 000 lits ou places dans les établissements psychiatriques, tout mode d'hospitalisation confondus (complète, partielle, de nuit) (décembre 1986) :
 - . 98 centres hospitaliers publics : 74 400 lits ou places;
 - . 22 centres hospitaliers privés « à agrémentation publique » : 17 600 lits ou places;
 - . 141 services de psychiatrie annexés aux hôpitaux généraux : 20 000 lits ou places.
- De plus, il existe 4 établissements spécialisés pour les patients dangereux : « Quartiers de sûreté régionaux » : Cadillac (Gironde), Montevergues (Vaucluse), Sarreguemines (Moselle) et Henri Colin (Val de Marne).

• Services de psychiatrie des hôpitaux généraux :

- La présence de services de psychiatrie dans des hôpitaux généraux permet une plus grande polyvalence des soins tant psychiatriques que somatiques. L'hospitalisation partielle s'y est considérablement répandue. Il est important de savoir que 1/3 à 1/4 des patients hospitalisés en service non psychiatrique ont besoin de soins psychiatriques.
- Beaucoup des hospitalisations dans ces services se font après un passage aux urgences de l'hôpital : problème suicidaire surtout, toxicomanie, alcoolisme, décompensation aiguë délirante.
- Afin d'assurer une meilleure coordination des soins, il est prévu :
 - . d'implanter des services sectorisés dans les hôpitaux généraux;
 - . d'augmenter la coopération avec les équipes du secteur par des consultations spécialisées et des services d'hospitalisations d'urgence psychiatrique au sein de l'hôpital général.

• Services d'urgence et d'orientation :

Les urgences et les consultations d'orientation les jours ouvrables seulement sont assurés par les CMP.

Les urgences et les consultations d'orientation qui restent ouvert le jour et la nuit sont :

- Les urgences des hôpitaux généraux.
- Certains CMP. Actuellement des centres d'accueil et de crise sont progressivement mis en place par les équipes de secteurs. Il exige parfois une unité d'hébergement pour une durée de séjour limitée.
- A Paris, le CPOA (Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil) :
 - . le CPOA permet de recevoir en un seul centre toutes les urgences psychiatriques, afin de les répartir au sein des différents secteurs ou des services non sectorisés;

- les consultations, peuvent déboucher, ou non, vers une hospitalisation et constituent souvent la première étape avant la prise en charge par le secteur. Un service téléphonique permet, en outre, d'avoir un avis psychiatrique sur un problème clinique ou administratif.
- A Paris l'IPPP (Infirmier Psychiatrique près la Préfecture de Police) :
 - cette structure accueille, avant orientation, les patients agités et violents pour lesquels Police-Secours est intervenue. L'admission est faite sur procédure judiciaire par le commissaire de police. C'est donc une admission non médicale, où secondairement, un avis psychiatrique est donné concernant l'orientation.

• **Autres structures de soins :**

L'hospitalisation partielle s'est considérablement répandue, elle représente 14% des capacités hospitalières de la psychiatrie publique. Elle est plus utilisée en psychiatrie infanto-juvénile où elle représente plus de 50% des hospitalisations (contre seulement 10% chez l'adulte).

Les hôpitaux de jour et les hôpitaux de nuit, **au sein des CHS ou des hôpitaux généraux, permettent une réinsertion socioprofessionnelle progressive, tout en assurant une surveillance médicale.**

Les foyers de post-cure favorisent aussi la réinsertion socioprofessionnelle. La durée de séjour est limitée contrairement aux foyers protégés et aux foyers d'accueil.

Les foyers de post-cure protégés et d'accueil permettent un cadre de vie plus protégé, sans limites de temps.

L'hébergement dans les foyers permet une certaine surveillance psychosociale et facilite la réinsertion progressive dans les organismes de reclassement professionnel et social.

4.1.2. Organismes de reclassement professionnel et social :

• **Ateliers protégés (thérapeutiques) :**

En liaison avec l'hôpital de jour ou les foyers de post-cure, les patients ont un travail rémunéré, sans exigences de rendement, avec un personnel spécialisé.

• **Ateliers de réadaptation par le travail :**

Les séjours sont de courte durée, les patients sont proches d'une réinsertion socioprofessionnelle complète.

• **Centre d'aide par le travail (CAT) :**

Les CAT s'adressent aux patients dont les limitations professionnelles sont limitées. Il n'y a pas de limite de temps.

• **Reclassement professionnel :**

Malgré la loi du 21 Novembre 1957 sur les travailleurs handicapés, les structures (cf. ci-dessus) permettant son application demeurent en nombre insuffisant. De plus les réactions de rejet, de honte, d'intolérance de la maladie mentale par la société rendent difficile la mise en place, au sein d'une entreprise, de conditions privilégiées : travail à l'essai, à temps partiel ou aménagé.

4.2. Organismes privés de prévention et de cure

- Il y a deux types d'établissement :
 - les établissements conventionnés : ticket modérateur de 20% à la charge du patient (sauf exonération ou mutuelle);
 - les établissements agréés : dépassement du prix conventionnel. La sécurité sociale rembourse uniquement le prix conventionnel. Le reste est à la charge du patient ou de certaines mutuelles.
- Leur statut est semi-public ou privé. L'accueil des urgences est exceptionnelle. Il n'existe, à ce jour, qu'une seule clinique privée agréée à ce jour à accueillir des patients en service fermé.

4.3. Psychiatrie libérale

Le paiement à l'acte favorise les prises en charges psychothérapeutiques. Les pathologies « de ville » sont plus souvent névrotiques ou dépressives. Mais le suivi au long cours de patients psychotiques, par exemple, est un complément parfois indispensable à la prise en charge « publique ».

Dans les thérapies non biologiques, les prises en charges psychothérapeutiques sont les plus fréquentes (psychoanalyse, psychothérapie d'inspiration analytique), toutefois les thérapies cognitives et/ou comportementales se font de plus en plus nombreuses.

En dehors de la pratique libérale dans un cabinet isolé ou de groupe, il existe environ 150 cliniques privées en France. La population de ces établissements est constituée de 40 à 50% de patients psychotiques.

À Paris en 1994, il existait 1346 psychiatres de secteur, soit 6 praticiens pour 10 000 habitants.

TABEAU 3 : LES PRINCIPALES ÉTAPES HISTORIQUES DE LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE FRANÇAISE

Texte officiel	Contenu du texte et conséquences pratiques
Circulaire du 15.03.1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.	<ul style="list-style-type: none"> – Chapitre I : « séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu » et organiser les besoins de chaque département (création d'une carte épidémiologique psychiatrique). – Chapitre II : « définir l'inventaire des ressources disponibles et des besoins à prévoir, en matière d'hospitalisation (3 lits pour 1 000 habitants) et d'extra-hospitalier (dispensaires d'hygiène mentale, hôpitaux de jour, foyers de post-cure, ateliers protégés) ». – Chapitre III : dépistage précoce et interventions sur place, dans le milieu de vie habituel du malade. – Chapitre IV : mieux quadriller les départements par des organisations extra-hospitalières (structures intermédiaires).
Loi du 31.12.1970	Loi portant réforme hospitalière.
Circulaire du 18.01.1971	Élaboration d'une carte sanitaire pour la psychiatrie, surtout pour développer les activités extra-hospitalières.
Arrêté du 14.03.1972	Fixation des modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.
Circulaire du 14.03.1972	Création de commissions techniques régionales pluridisciplinaires et d'équipes spécialisées dans la cure et la post-cure des alcooliques et des toxicomanes.
Circulaire du 16.03.1972	Création des intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile.
Circulaire du 09.05.1974	Aborde les problèmes généraux de la sectorisation (personnel, équipement, gestion et financement) et rappelle le retard pris par la sectorisation en psychiatrie de l'enfant.
Circulaire du 15.06.1979	Indique les quatre objectifs de l'accueil et de l'urgence psychiatrique : réception permanente des appels, interventions d'un médecin psychiatre sur le lieu de la crise, transport des malades, accueil spécialisé.
Loi du 25.07.1985	Législation du secteur, instauration du conseil départemental de santé mentale, autonomisation de la lutte contre l'alcoolisme par rapport à celle menée contre les autres pathologies mentales.
Loi du 31.12.1985	Introduction du secteur dans la loi de réforme hospitalière du 31.12.1970 et mise en place du financement par la sécurité sociale dans le cadre de la dotation globale.
Décret du 14.03.1986	Décret d'application de la loi précédente, prévoyant l'organisation des secteurs de psychiatrie générale (adulte), de psychiatrie infanto-juvénile, de psychiatrie en milieu pénitentiaire et fixant la composition et les fonctions du conseil départemental de santé mentale.
Loi du 27.07.1987	Réorganisation des établissements d'hospitalisation et de l'équipement sanitaire.
Circulaire du 21.12.1987	Circulaire relative à la planification en santé mentale et à la préparation de la mise en place de la carte sanitaire en psychiatrie.
Circulaire du 14.03.1990	Redéfinition de la politique de secteur et de la place de la psychiatrie à l'hôpital général. Mise en place d'un ensemble d'objectifs à atteindre dans les cinq ans à venir et concernant : l'accueil, les prestations ambulatoires et à temps partiel, les soins à temps complet, la réadaptation, la coordination avec les autres dispositifs de soins et de prévention, des interventions dans les structures sociales ou éducatives et médico-sociales, la participation à des programmes de santé particuliers.
Loi du 31.07.1991	Loi portant réforme hospitalière. Les dispositions contenues dans ce texte modifient en profondeur le livre VIII du Code de la Santé Publique.
Circulaire du 11.12.1992	Circulaire relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents.

Démarche diagnostique et conduite à tenir :

I – Syndrome délirant

La caractérisation d'un syndrome délirant selon la durée, le mécanisme, la thématique et la structure est un temps essentiel de la démarche diagnostique.

CARACTÉRISATION D'UN SYNDROME DÉLIRANT

- Ancienneté : aigu ou chronique.
- Mécanisme : simple ou polymorphe.
- Thème : simple ou polythématique.
- Structure : systématisée ou non systématisée.
- Réaction affective : avec risque de passage à l'acte, réaction thymique.
- Autres symptômes : psychiatriques ou organiques.

1. ANCIENNETÉ DU DÉLIRE

- La distinction entre un syndrome délirant aigu (durée < 6 mois) et chronique (durée > 6 mois) est fondamentale. La recherche des antécédents psychiatriques est systématique.
- On oppose :
 - les « expériences délirantes », aiguës, survenant d'emblée (bouffée délirante aiguë primaire) ou secondairement à une cause organique (syndrome confusionnel, bouffée délirante aiguë secondaire);
 - les « élaborations délirantes », chroniques, fruit d'une longue évolution progressive du délire au sein de la personnalité (délires chroniques non dissociatifs).
- Un état psychotique chronique peut prendre une apparence aiguë, lorsqu'il se trouve en phase de réactivation, d'exacerbation (schizophrénies, délires paranoïaques, psychoses hallucinatoires chroniques, paraphrénies).

Syndrome délirant aigu	Syndrome délirant chronique
Organique Syndrome confusionnel Prise de toxiques Psychiatrique Bouffée délirante aiguë Manie délirante Mélancolie délirante Exacerbation d'une psychose chronique	Organique Syndrome démentiel Délire post-confusionnel Délire post-encéphalitique Délire chronique des alcooliques Psychiatrique Schizophrénie Délire paranoïaque Psychose hallucinatoire chronique Délire paraphrénique

2. MÉCANISMES DU DÉLIRE

« Si la réalité est inconcevable, alors il nous faut forger des concepts inconcevables ».
Hegel

Les mécanismes d'un délire sont les processus grâce auxquels l'idée délirante se construit, s'élabore, s'organise. Ils peuvent être uniques, comme dans les délires systématisés, ou multiples (bouffée délirante aiguë, délire paranoïde).

2.1. Intuition

Définition : idée fausse, admise sans vérification ni raisonnement logique, en dehors de toute donnée objective ou sensorielle.

On retrouve souvent ce mécanisme dans les thèmes mystiques.

Ex : — Comment savez-vous que vous êtes le Messie ? — Je le sais, c'est comme ça.

2.2. Interprétation

Définition : distorsion du jugement, explication erronée d'une perception exacte.

Ex : — Comment savez-vous que vous êtes le messie ? — Parce que hier encore dans la rue, une voiture a klaxonné. L'interprétation est le mécanisme qui caractérise, parmi les délires chroniques non dissociatifs, les délires paranoïaques. Mais on l'observe aussi dans la plupart des délires (alcooliques, mélancoliques, maniaques, schizophréniques, première phase des psychoses hallucinatoires chroniques).

2.3. Imagination

Définition : fabulation, invention où l'imagination est au premier plan. Le plus souvent, le patient joue un rôle central.

Ex : — Je suis la reine des étoiles, l'empire galactique est mon royaume, je chevauche l'espace sur mon voilier d'or. L'imagination est le mécanisme qui caractérise, parmi les délires chroniques non dissociatifs, les délires paranoïaques.

2.4. Illusion

- **Définition :** perception déformée d'un objet réel, non reconnue comme une erreur (à la différence des illusions d'optiques).
- Elle peut être :
 - olfactive :
Ex : Sentant une odeur de cuisine « Je sens la pourriture de mon corps ».
 - visuelle :
Ex : Désignant une chaise « Que fait ce chien dans un hôpital ? ».
 - auditive :
Ex : Attribuant au bruit répétitif du métro ou du train sur les rails les paroles : « T'es foutu... T'es foutu... T'es foutu... T'es foutu... T'es foutu ».
 - cénesthésique :
Ex : Suite à ses gargouillements digestifs « C'est la bête qui veut sortir ».

2.5. Hallucinations (cf. sémiologie des activités perceptives)

Définition : perception sans objet à percevoir.

3. THÈMES DU DÉLIRE

Le thème du délire est l'objet du discours, ce sur quoi il porte et qui frappe immédiatement à l'écoute d'un délirant : c'est son « roman ».

Hidden page

Les chirurgiens, les psychiatres sont souvent les victimes de ce thème. Ils sont vécus comme des persécuteurs et donc peuvent se faire poursuivre par ces patients (scandale, procès, meurtre), en cas de systématisation importante (délires paranoïaques).

3.3.3. Transformation, métamorphose :

Sensation de changement de consistance, de forme, de transformation d'organes : « j'ai des écailles », « mes yeux sont en glace ».

Ce thème est souvent fondé sur des interprétations, des illusions ou des hallucinations cénesthésiques. Des idées de persécution peuvent apparaître secondairement (idées d'empoisonnement, de viol, de sodomie).

3.3.4. Habitation, possession :

Sentiment d'être possédé par une puissance diabolique (démonopathie), animale (zoopathie), ou autre.

3.3.5. Idées de négation :

« Je suis personne, mes parents ne sont pas mes parents, le monde est mort, dévasté, il n'y a plus de terre, plus d'étoiles, plus de printemps, plus de siècles. »

Séglas

- Négation d'organes : « je n'ai plus d'œsophage, ni d'intestins ».
- Négation de la personne, de son identité : « je n'existe plus ».
- Négation des facultés, de la pensée, des sentiments.
- Négation du monde extérieur : choses ou personnes détruites, mortes.

Les idées de négation ne sont pas spécifiques et peuvent se voir dans la confusion mentale, la démence, les délires paranoïdes, les délires paranoïaques (thématique de persécution hypocondriaque) ou dans les mélancolies délirantes (syndrome de Cotard).

SYNDROME DE COTARD

- Le syndrome de Cotard est l'association :
 - . d'idées de négation : organes, personnes, monde extérieur;
 - . d'idées d'immortalité : ils sont éternels pour souffrir éternellement; ces idées alternent avec l'idée qu'ils sont déjà morts;
 - . d'idées d'énormité : la taille est gigantesque, la tête va jusqu'aux étoiles, leurs organes sont monstrueux;
 - . d'idées de damnation, de persécution justifiée, de possession.

Le patient donne l'image d'un « cadavre condamné à la damnation éternelle ». Ce syndrome est caractéristique et spécifique de la mélancolie délirante.

3.4. Mégalomanie, altruisme

« Ce que je désire de vous ne peut tourner qu'à votre gloire et celle de l'univers :...que vous me confériez l'Ordre de Chevalerie, afin que je puisse aller dans les quatre parties du monde, secourir les faibles et les opprimés, selon l'usage des chevaliers errants, ou nombre desquels je brûle de me voir enfin agréé. »

Cervantès, « Don Quichotte »

Définition : impression d'être appelé à une destinée grandiose (prophétisme, messianisme, restaurer la paix, avoir une grande fortune). S'exprimant sans réticence, le mégalomane fait souvent référence à des personnages haut placés (Président de la République, etc.).

De faible valeur sémiologique, on retrouve ce thème dans les états maniaques, paranoïaques, paraphréniques, les bouffées délirantes aiguës, le syndrome déméntiel.

Les étiologies de syndrome frontal donnent typiquement une note mégalomane au discours (paralysie générale, tumeurs, maladie de Pick, hydrocéphalie à pression normale). Souvent, les thèmes de grandeur sont intriqués à ceux de persécution « on m'en veut car je suis génial ».

3.5. Influence

Définition : sentiment qu'a le patient « d'être agi, d'être commandé » par une force extérieure à sa volonté : non seulement le sujet n'est pas maître de ses actes ou de ses sentiments, mais ils lui sont imposés : « je ne peux plus vous parler », « on m'oblige à être triste ».

La thématique d'influence n'a pas de spécificité particulière et fait souvent suite à l'automatisme mental.

3.6. Jalousie

Définition : « la jalousie est le sentiment de violation unilatérale et clandestine du contrat tacite qui unit les amants ou les époux » (Lévy-Valensi).

Cette idée prévalente d'être trompé existe en dehors de toute réalité.

On retrouve souvent ce thème dans les délires paranoïaques et les délires de jalousie des alcooliques.

3.7. Érotomanie

Définition : conviction délirante d'être aimé.

C'est un thème non spécifique des délires paranoïaques. On parle donc de syndrome érotomane, en raison de sa présence dans d'autres pathologies (phase d'état ou prodromique) comme la psychose hallucinatoire chronique, la schizophrénie, l'hystérie, la manie délirante, ou révélatrice d'une pathologie cérébrale organique.

Ne pas confondre l'érotomanie et le délire érotique où le patient « aime avec délire » mais ne se croit pas aimé.

3.8. Idées de références

Définition : sentiment d'être l'objet de l'intérêt d'autrui. Le contexte n'est pas forcément persécutif.

Ex : « A la radio, on a encore parlé de moi ».

4. STRUCTURE DU DÉLIRE

4.1. Délire systématisé

- Le délire est ordonné, compréhensible. La logique utilisée par le patient est cohérente, elle peut entraîner l'adhésion d'autrui. La thématique est souvent unique, en cas de coexistence de thèmes, leur succession est logique (« c'est parce que je suis génial qu'on me persécute »).
- La systématisation est l'une des caractéristiques des délires paranoïaques.
- Le degré d'extension du délire est précisé :
 - **en secteur :** délire centré sur la vie professionnelle, sociale (délire paranoïaque de revendication) ou affective (délires paranoïaques de jalousie, érotomanie). Le délire est dirigé vers un seul but ou une seule idée : postulat de base;
 - **en réseau :** extension à un nombre de plus en plus grand de personnes ou de secteurs d'activités (délire d'interprétation de Sérieux et Capgras).

4.2. Délire non systématisé

Le délire est non systématisé, en raison de la multiplicité des thèmes (polymorphisme des thèmes et des mécanismes) qui coexiste et de l'absence d'enchaînement logique entre eux.

Le délire est incohérent, flou et sans cohésion : le délire paranoïde en est un bon exemple.

Ex : « J'étais sur la plage, de la voiture rouge est sortie une sirène, le restaurant va sauter, je m'envole toujours quand la nuit est difficile car c'est toujours un peu rouge ».

La psychose hallucinatoire chronique et la paraphrénie sont peu, ou pauvrement systématisées.

Le délire du confus, de la bouffée délirante aiguë, le délire du maniaque ou de la mélancolie sont très rarement systématisés.

5. RÉACTION AFFECTIVE ACCOMPAGNANT LE DÉLIRE

L'intensité de l'investissement affectif du délire conditionne les réactions auto- ou hétéro-agressives du patient.

Dans les délires à forte participation affective (délires passionnels, certains délires paranoïdes), le sujet peut aller jusqu'à tuer le persécuteur désigné.

Si l'affect dominant est **dépressif**, le sujet peut se suicider (délire de relation des sensitifs, mélancolie délirante, psychose hallucinatoire chronique). Dans certains délires, en particuliers les délires paranoïques passionnels, l'excitation psychomotrice d'allure **maniaque** donne au délire un caractère très exalté, voire euphorique.

Dans la schizophrénie, on note souvent une **discordance affective** entre une thématique très effrayante avec des voix proférant des menaces de mort et une réaction amusée du patient. Parfois, l'énonciation du délire n'entraîne pas, ou peu, de réactions du sujet : absence totale de charge affective.

6. AUTRES SYMPTÔMES

- Devant tout syndrome délirant, la recherche systématique d'autres symptômes est essentielle pour guider la démarche étiologique :
 - . troubles thyroïdiens ayant précédé ou non le syndrome délirant;
 - . syndrome dissociatif;
 - . syndrome confusionnel;
 - . signes neurologiques en foyer;
 - . signes organiques (perte de poids, fièvre, ictère, etc.).

La recherche, par l'anamnèse, d'une personnalité prémorbide pourra aussi apporter une aide (personnalité schizoïde, personnalité paranoïaque, personnalité sensitive). On ne peut faire de diagnostic de personnalité pathologique pendant le délire, car la personnalité est, par définition pathologique, du fait de l'intégration du délire à son unit.

TABLEAU : CARACTÉRISATION D'UN SYNDROME DÉLIRANT

Ancienneté <ul style="list-style-type: none"> - Aiguë - Chronique Mécanisme <ul style="list-style-type: none"> - Intuition - Interprétation - Imagination - Illusion : <ul style="list-style-type: none"> . olfactive . visuelle . auditive . cénesthésique - Hallucination <ul style="list-style-type: none"> . psychosensorielle <ul style="list-style-type: none"> - auditive - visuelle - olfactive, gustative - tactile - cénesthésique . psychomotrice . intrapsychique . visuelle . auditive Syndrome d'automatisme mental	Thème <ul style="list-style-type: none"> - Persécution - Revendication - Hypochondrie - Mégalomanie - Influence - Jalousie - Érotomanie - Idées de références Structure <ul style="list-style-type: none"> - Systématisée <ul style="list-style-type: none"> . secteur . réseau - Non systématisée Réaction affective <ul style="list-style-type: none"> - Risque auto- ou hétéro-agressif - Réaction thymique - Discordance Autres symptômes <ul style="list-style-type: none"> - Troubles thymiques - Syndrome dissociatif - Syndrome confusionnel - Signes neurologiques - Signes organiques
--	--

Démarche diagnostique et conduite à tenir :

II – Syndrome dépressif

IL FAUT TOUJOURS

- Évaluer le risque de suicide (cf. chapitre idées et conduites suicidaires).
- Évaluer les critères d'hospitalisation.
- Faire un bilan somatique complet.
- Rechercher une dépression secondaire à une affection somatique.

HOSPITALISATION

- But : protéger et rassurer le patient.
- Au besoin par H.D.T.
- En cas de :
 - . risque suicidaire important;
 - . dépression mélancolique délirante, stuporeuse, anxieuse, agitée;
 - . retentissement somatique sévère (perte de poids de plus de 5 kg en un mois);
 - . insomnie totale;
 - . isolement affectif, social;
 - . agressivité, impulsivité versus importance du ralentissement moteur;
 - . échec d'un traitement ambulatoire à doses efficaces et pendant un temps suffisant;
 - . triade : Chômage, Isolement, Alcoolisme.

RECHERCHER PAR UN BILAN SOMATIQUE CLINIQUE ET PARACLINIQUE

- Un retentissement physique :
 - . correction des désordres métaboliques;
 - . renutrition.
- Des contre-indications thérapeutiques : aux tricycliques, à la sismothérapie.

RECHERCHER UNE DÉPRESSION SECONDAIRE (traitement étiologique s'il existe)

Affection somatique

- Cérébrale :
 - . tumeur (frontale surtout);
 - . traumatisme crânien;
 - . artériosclérose;
 - . Parkinson;
 - . sclérose en plaques;
 - . syndrome déméntiel.

Hidden page

Démarche diagnostique et conduite à tenir :

III – Conduite suicidaire - idées suicidaires

La tentative de suicide (TS) reflète le caractère morbide d'un passage à l'acte qui fait passer de l'idée suicidaire, à l'acte suicidaire.

Le suicide n'est pas synonyme de syndrome dépressif ou de maladie mentale. Dans près de 25% des cas, il est possible de mettre en évidence une pathologie psychiatrique avérée. Mais le plus souvent, le suicide est envisagé par une personnalité présentant une structure névrotique à peu près normale.

Il est important de ne jamais banaliser des idées suicidaires, ni les dramatiser. Il faut tenter de les restituer dans leur contexte historique et clinique, afin d'adopter une attitude thérapeutique correcte.

1. ÉPIDÉMIOLOGIE

- La fréquence des tentatives de suicide est évaluée à 150 000 par an. Nous rappelons que les décès par suicide sont évalués à 15 000 décès par an, mais ce chiffre est probablement sous évalué. A titre de comparaison, le nombre de décès par accident de la route est de 9 000 morts par an.
- La répartition en fonction du sexe est inégale (INSERM) :
 - . 1 suicide pour 7 tentatives de suicide masculines;
 - . 1 suicide pour 31 tentatives de suicide féminines.
- L'âge est aussi un facteur de risque, le suicide est plus fréquent chez le sujet de moins de 25 ans et chez le sujet âgé. Il existe, par an, 1000 décès de jeunes de moins de 25 ans par suicide, soit 10% des causes de mort dans cette tranche d'âge.
- Parmi les moyens utilisés pour la TS, les médicaments arrivent en tête, en particulier dans les milieux urbains : 70% des TS. Pour les suicides, la fréquence de la pendaison est importante (45%), en particulier dans les milieux ruraux (avec la noyade), ainsi que l'arme à feu (23%). Toutefois, il n'y a pas toujours de corrélation entre la gravité de ce qui a justifié l'acte suicidaire et le but recherché ou le mode de suicide.

2. ATTITUDE PRÉVENTIVE

Il est important d'évaluer l'importance du risque suicidaire devant tout état dépressif, ou devant tout patient présentant une idéation suicidaire afin de déterminer la prise en charge adéquate (psychothérapique, chimiothérapique), ou de poser l'indication ou non d'hospitalisation.

Il ne faut pas croire qu'il est dangereux de parler du suicide avec les patients qui ont une idéation suicidaire, au contraire, la verbalisation de ses idées est la première étape indispensable de mentalisation de ses conflits dans une perspective de communication à autrui et non plus de rumination solitaire.

Hidden page

- L'**alcoolisme** et la **toxicomanie** sont des facteurs de risque considérables de tentatives de suicide (impulsivité, dépression méconnue, sevrage, confusion).
- La conduite suicidaire est dans 10% des cas révélatrice d'une **psychose** à l'adolescence.
- Dans la **paranoïa**, le risque suicidaire est lié à un épisode dépressif intercurrent ou à une conduite alcoolique associée. Il est important de noter que dans ce cadre, le geste suicidaire est souvent théâtral et annoncé : « menace de suicide ». Cette menace se situe alors comme une volonté d'agresser l'autre, dans une relation plus ou moins perversifiée.

4. SUICIDE ET NORMALITÉ PSYCHIQUE

Il est beaucoup plus fréquent d'observer des suicides en dehors de toute pathologie psychiatrique avérée. La personnalité sous-jacente présente souvent des traits de caractère narcissique, hystérique ou hypocondriaque. Il existe parfois une névrose peu structurée ou une dépendance sociale et affective importante.

Le suicide survient dans un contexte de rupture affective ou lorsque l'entourage devient moins tolérant à cette dépendance constante. L'acte suicidaire prend souvent une valeur d'appel à l'aide.

La recherche régressive de soins est alors un but secondaire qui permet au patient de ressentir une certaine prévenance affective à son égard.

5. CONDUITE À TENIR APRÈS LA TS

- Il est important d'expliquer à l'entourage pourquoi le terme de « chantage au suicide », souvent utilisé par les proches, est incorrecte, voire nuisible au patient : la tentative de suicide est un **passage à l'acte**, un « acting-out ». C'est le seul moyen que le patient avait à sa disposition pour exprimer un **conflit authentique**.
- À ce titre, comme tout passage à l'acte, il y a « court-circuitage » du discours. La tentative de suicide réalise aussi une sorte de paradoxe : le suicide représente la seule façon de continuer à vivre.
- Le profil du thérapeute (généraliste, spécialiste, équipe soignante) a une grande importance dans le suivi du patient. Avant tout, le thérapeute doit analyser les sentiments contre-transférentiels que lui suscitent le patient : la haine du suicide ou son rejet systématique rejettent le patient dans sa solitude et rendent impossible sa compréhension. En particulier, cette incompréhension ne donne pas au patient l'impression d'avoir été entendu.
- **Au cours du premier entretien le thérapeute doit déterminer :**
 - . les caractéristiques psychosociologiques du sujet (encadré);
 - . la structure de la personnalité;
 - . l'existence d'une pathologie sous-jacente;
 - . l'existence d'éléments dépressifs, impulsifs;
 - . la qualité de l'entourage.

5.1. Suivi ambulatoire

Un suivi du patient en consultation est proposé si l'entourage paraît de bonne qualité affective, et s'il peut représenter une présence réelle auprès du patient, dans une ambiance dédramatisée.

La prise en charge chimiothérapique et psychothérapique, en fonction de la pathologie, s'effectue dans un même temps.

La création d'un espace d'écoute lors des consultations permet une action ponctuelle sur l'entourage, et permet d'élaborer et de verbaliser ce moment de crise, en particulier chez l'adolescent.

Le simple fait d'être prise en charge, permet d'éloigner le risque suicidaire ultérieurement.

Chez les sujets âgés, il faut lutter contre l'isolement social et affectif (club du 3ème âge, de loisirs).

5.2. Hospitalisation

- L'hospitalisation a pour but :
 - . d'éviter le passage à l'acte (risque suicidaire élevé);
 - . de permettre une résolution de la crise en milieu protégé;
 - . d'instaurer une relation d'aide et de confiance avec le milieu hospitalier;
 - . de mettre en route un traitement spécifique, si l'on retrouve une pathologie psychiatrique (mélancolie, psychose, etc.).
- Elle représente une solution, en cas d'échec du traitement ambulatoire, en cas de risque suicidaire authentique ou de pathologie psychiatrique grave.
- La surveillance dans le service est permanente. Il faut retirer tout objet dangereux auprès du patient.
- Parfois, malgré la vigilance de l'équipe, certains patients arrivent à se suicider à l'hôpital. Dans ce cas, l'administration de garde et la police doivent être prévenues (médico-légal).

Démarche diagnostique et conduite à tenir :

IV – État d'agitation

(cf. chapitre « Sémiologie pour la démarche diagnostique »).

Première attitude :

- Aménagement d'un espace d'écoute.
- Si malade armé : recours à la force publique.

Premier geste diagnostique :

- Recherche d'une étiologie organique sous-jacente (syndrome confusionnel).

1. IVRESSES PATHOLOGIQUES

- Isolement au calme loin de l'excitation environnante :
 - . paroles conciliantes du médecin,
 - . éviter, si possible, la chimiothérapie (potentialisation alcool-tranquillisants)
 - . attendre le sommeil, évolution parfois spontanément résolutive.
- En cas d'ivresse clastique ou délirante :
 - . LARGACTIL® inj. amp. 25 mg : 4 amp. en IM, renouvelable;
 - . ou bien : DROLEPTAN® inj. amp. 5 mg : 1 à 2 amp. en IM, renouvelable;
 - . hospitalisation 12 à 24 h;
 - . surveillance de la tension artérielle (patient allongé).
- Systématiquement :
 - . glycémie;
 - . examen neurologique avec P.L. si besoin;
 - . recherche de syndrome confusionnel (cf. chapitre « Confusion »).

2. AGITATION CHEZ LE PARANOÏAQUE

- Hospitalisation :
 - . en évitant d'aborder le délire, utiliser des arguments somatiques ou légaux car il existe un danger de réaction violente à toute contradiction de son système délirant (vécu comme persécution);
 - . si le patient est dangereux pour autrui ou pour lui-même : H.D.T. ou H.O.
- Neuroleptiques type sédatifs :
 - . parfois pendant le transport : NOZINAN® inj. 25 mg : 1 à 2 ampoules I.M.

3. ACCÈS MANIAQUE

- Éliminer :
 - . syndrome confusionnel (Q.S.), une organicité;
 - . bouffée délirante aiguë;
 - . mélancolie agitée;
 - . toxiques, alcools;
 - . médicaments « maniaquogènes » : L. Dopa, amphétaminiques, izoniazide, corticoïdes.

Hidden page

Démarche diagnostique et conduite à tenir :

V – État anxieux

CRISE D'ANGOISSE AIGÜE

- C'est une Urgence «mixte » :
 - . apparence somatique au premier plan, rechercher une organicité (urgence médicale ou chirurgicale);
 - . étiologie psychique : diagnostic d'élimination.
- Il est nécessaire d'hospitaliser le patient s'il existe :
 - . un risque de raptus suicidaire;
 - . une urgence médicale ou chirurgicale sous-jacente;
 - . une origine psychotique ou mélancolique de l'angoisse.
- Il faut systématiquement éliminer une cause iatrogène ou toxique de l'angoisse :
 - . prise de corticoïde, amphétamine, caféine, L.S.D., benzodiazépines (réponse paradoxale);
 - . sevrage (opiacés, alcool, barbituriques, benzodiazépines).
 - Devant une crise d'angoisse d'origine psychique
 - . rassurer le patient sur l'absence de danger de mort;
 - . isolement du patient de l'entourage pendant l'examen;
 - . attitude calme et compréhensive, emphatique du médecin permettant une verbalisation de son angoisse;
 - . pas d'hospitalisation;
 - . chimiothérapie :
 - la voie orale est aussi rapide que la voie intramusculaire et n'offre aucun avantage particulier sinon «l'effet placebo » d'une injection;
 - VALIUM® amp. 10 mg x 2 ampoules I.M. immédiatement ou TRANXÈNE® amp. 20 mg ou 50 mg : 1 ampoule I.M.;
 - . relais per os puis traitement pendant 15 jours-1 mois (5 à 20 mg VALIUM®/j.).
 - . si fond anxieux permanent : (cf. chapitre « Névrose d'angoisse »).
 - Devant une crise d'angoisse psychotique, d'intensité majeure ou rebelle aux benzodiazépines
 - . pas de benzodiazépines;
 - . hospitalisation en milieu spécialisé;
 - . bilan somatique à la recherche d'une organicité;
 - . NOZINAN® amp. 25 mg : x 1 en I.M éventuellement répétée;
 - . ou DROLEPTAN® amp. 5 mg : x 1 en I.M éventuellement répétée ou autre neuroleptique sédatif (cf. chapitre « Neuroleptiques »).
 - . selon l'étiologie :
 - angoisse de dépersonnalisation schizophrénique : continuer les neuroleptiques,
 - mélancolie anxieuse : passage aux antidépresseurs sédatifs ou association neuroleptique et antidépresseurs (danger de suicide important),
 - angoisse d'une invasion délirante : traitement du trouble psychotique sous-jacent.

Hidden page

Démarche diagnostique et conduite à tenir :

VI – État stuporeux

- La démarche thérapeutique est d'abord étiologique (cf. chapitre « Sémiologie psychiatrique »).
- L'hospitalisation est systématique en raison des étiologies sous-jacentes qui présentent toutes un caractère d'urgence.
- Bilan somatique, en particulier :
 - . degré d'hydratation;
 - . degré de cachexie;
 - . existence d'une hyperthermie.

BILAN ÉTIOLOGIQUE (CF. « CONFUSION MENTALE »)

Affection neurologique :

- Hypertension intracrânienne, hématome sous-dural ou extra-dural.
- Tumeur frontale.
- Ictus vasculaire.

Affection psychiatrique :

- Mélancolie stuporeuse : urgence psychiatrique.
- Stupeur catatonique (schizophrénie).
- Sidération motrice d'une bouffée délirante aiguë.
- Réaction névrotique aiguë (névrose hystérique, névrose post-traumatique).
- Stress post-traumatique.
- Syndrome démentiel.

Affection métabolique :

- Hypothyroïdie.
- Panhypopituitarisme.

BILAN PARACLINIQUE INDISPENSABLE

- N.F.S., V.S., ionogramme sanguin et urinaire, calcémie.
- Radio du crâne, EEG.
- F.O., campimétrie.
- Recherche de toxiques dans le sang et les urines.
- Au besoin P.L., tomодensitométrie cérébrale.

Hidden page

Neuroleptiques

1. PHARMACOLOGIE

1.1. Neuroleptiques et récepteurs dopaminergiques

Par définition, tous les neuroleptiques classiques bloquent les systèmes dopaminergiques centraux (blocage post-synaptique). A faibles doses, il y aurait un blocage à prédominance pré-synaptique d'où découlerait l'effet anti-déficitaire.

Tous les neuroleptiques classiques augmentent le turn-over (vitesse de synthèse, libération et catabolisme) de la dopamine dans les systèmes nigrostriés et mésolimbiques. De même, les neuroleptiques augmentent la sécrétion de la prolactine.

1.1.1. Récepteurs D1 :

Ils sont uniquement post-synaptiques. Ils sont localisés dans la plupart des systèmes dopaminergiques centraux et dans le noyau caudé. On n'en retrouve pas au niveau du système tubéro-infundibulaire. De nombreuses observations récentes mettent en évidence l'existence d'une synergie d'action entre les D1 et D2. Toutes les phénothiazines (en particulier la Thiopropérazine [MAJEPTIL®]) et les thioxanthènes, Flupentixol (FLUANXOL®), Zuclopenthixol (CLOPIXOL®) ont une forte affinité pour les récepteurs D1.

Le développement actuel d'antagonistes D1 sélectifs, conséquence de cette observation, devrait tester l'hypothèse d'une action antipsychotique de ces composés.

1.1.2. Récepteurs D2 :

- Ils sont les plus abondants de tous les récepteurs dopaminergiques. Ce sont des récepteurs pré et post-synaptiques. Ils sont localisés en particulier au niveau du striatum et du système tubéro-infundibulaire.
- Le blocage de ce récepteur, de par sa répartition, est probablement à l'origine des effets latéraux des neuroleptiques (neurologique et endocrinien).
- L'halopéridol et la chlorpromazine, possédant une forte activité antipsychotique et extra-pyramidale, ont une plus forte affinité pour les récepteurs D2 que pour les D3.
- En revanche, les composés comme le pimozide, la clozapine, la carpipramine, le sulpiride et le sultopiride :
 - ont une affinité identique pour les récepteurs D2 et D3 (voire supérieure pour les D3);
 - possèdent une action vis-à-vis des symptômes déficitaires;
 - présentent peu d'effets extra-pyramidaux.
- Cette observation suggère non seulement que l'activité antipsychotique est plutôt liée au blocage des récepteurs D3, mais encore que les effets extra-pyramidaux sont en rapport avec le blocage des D2 au niveau striatal (impliqué dans la motricité volontaire) et avec l'absence de blocage des D3.
- C'est à partir de cette observation que l'on parle de neuroleptiques « atypiques », qui sont caractérisés par moins d'effet extra-pyramidaux (peu d'effets sur les D2, blocage des D3) et une activité clinique désinhibitrice (blocage des récepteurs limbiques D3).

1.1.3. Récepteurs D3 :

- Ce sont des récepteurs pré- et post-synaptiques exprimés au niveau du système mésolimbique et hypothalamique. Ils sont relativement moins exprimés au niveau du système mésocortical, du système nigrostrié et dans l'hypophyse.
- Leur localisation présynaptique les implique dans le feed-back négatif sur la synthèse de dopamine via la tyrosine hydroxylase. Leur affinité est faible pour les antagonistes dopaminergiques (micromolaire) et forte pour les agonistes dopaminergiques (nanomolaire).

- Cette double affinité pourrait expliquer l'action de certains neuroleptiques en pré- ou postsynaptique en rapport avec leur activité stimulante ou inhibitrice du système dopaminergique [Colonna]
- **Un même neuroleptique agirait dans un sens :**
 - . **désinhibiteur** à faible dose : blocage présynaptique;
 - . **antiproduit** à forte dose : blocage post-synaptique.
- Par exemple, les benzamides (sulpiride, amisulpride), davantage que la thiopérazine et l'halopéridol, agissent sur les récepteurs présynaptiques D3 à faible dose.

1.1.4. Récepteurs D4 :

Ils sont des récepteurs post-synaptiques. Ils sont fortement exprimés au niveau du système mésocortical : hippocampe et cortex frontal.

Ils présentent une faible affinité (micromolaire) pour les agonistes dopaminergiques et une forte affinité pour les antagonistes dopaminergiques (nanomolaire).

On les différencie des récepteurs D2, car les récepteurs D4 ont une affinité bien plus élevée pour la clozapine, le pimozide, le sulpiride, les dérivés benzamides que pour les neuroleptiques classiques.

- Plusieurs effets pharmacocliniques des neuroleptiques concernent d'autres types de récepteurs :
 - . effet anticholinergique : effets atropiniques (bouche sèche, constipation, troubles urinaires), rareté des manifestations extra-pyramidales (thioridazine, clozapine);
 - . effet antihistaminique : baisse de la vigilance;
 - . effet antisérotolinergique : l'action anti 5-HT₂ serait impliquée dans l'effet anti-déficitaire;
 - . effet alpha-adrénergique périphérique : somnolence, hypotension orthostatique, trouble de l'éjaculation.

CLASSIFICATION CHIMIQUE DES NEUROLEPTIQUES

Phénothiazines et dérivées

Phénothiazines Aliphatiques

- Chlorpromazine (LARGACTIL®)
- Cyamépromazine (TERCIAN®)
- Lévomépromazine (NOZINAN®)
- Alimémozine (THÉRALÈNE®)

Phénothiazines Pipérazinées

- Fluphénazine (MOBITEN®, MODÉCATE®)
- Thiopropérazine (MAJEPTIL®)
- Trifluopérazine (TERFLUZINE®)

Phénothiazines Pipéridinées

- Thionidazine (MELLERIL®)
- Propéridazine (NEULEPTIL®)
- Pipérazine (PIPORTIL®)

Butyrophénones et dérivés

- Halopéridol (HALDOL®)
- Trifluopéridol (TRIFÉRIDOL®)
- Pimozide (ORAP®)
- Pipamprone (DIPIPERON®)
- Dropéridol (DROLEPTAN®)

Thioxanthènes

- Zuclopenthixol (CLOPIXOL®)
- Flupentixol (FLUANXOL®)

Dérivés des thioxanthènes et des phénothiazines

- Dibenz-Diazépines
Clozapine (LEPONEX®)
- Dibenz-Oxazépines
Loxapine (LOXAPAC®)
- Olanzapine (ZYPREXA®)

Benzamides

- Sulpiride (DOGMATIL®)
- Amisulpride (SOLIAN®)
- Sulpiride (BARNÉTIL®)
- Tiapride (TIAPRIDAL®)

1.3. Antipsychotiques « atypiques »

Certains composés ne répondent plus à la définition stricto sensu des neuroleptiques, selon les critères de Deniker¹ (1957), en particulier le 4ème critère.

On a différencié une classe de neuroleptiques dits « atypiques », qui présente alors un profil d'action pharmacologique différent des neuroleptiques « classiques ». Le terme d'antipsychotique est parfois préféré, car il est moins limitatif que le terme de neuroleptique.

- Les antipsychotiques « atypiques » se différencient des neuroleptiques classiques :
 - . peu ou pas d'effets secondaires extra-pyramidaux (effets parkinsoniens, dyskinésies tardives);
 - . implication d'autres récepteurs que les récepteurs dopaminergiques dans leur activité princeps (action antagoniste sur les récepteurs cholinergiques, sérotoninergiques, adrénergiques et GABAergiques);
 - . faible élévation des taux de prolactine.

Plusieurs exemples illustrent cette notion :

- **La rispéridone** présente non seulement une action bloquante vis-à-vis des récepteurs D2 (comme tous les neuroleptiques), mais encore une action bloquante importante vis-à-vis des récepteurs 5HT2.
- **La clozapine** présente non seulement une action bloquante vis-à-vis des récepteurs D2 mais aussi sur les récepteurs D1, D3, D4, 5HT2, alpha-1 et les récepteurs cholinergiques muscariniques.
- **L'action anti-5HT2** est particulièrement importante pour des composés comme : la clozapine, la rispéridone, la loxapine, la carpipramine, l'olanzapine, la sertindole, la ziprazidone. Cette action sérotonnergique pourrait être responsable de l'effet anti-déficitaire de ces produits.
- **Le sulpiride** agit sur les récepteurs présynaptiques D3 à faible dose (action dans un sens désinhibiteur) et sur les récepteurs post-synaptiques D2 et D3 à forte dose (action antiproduitive) et présentent peu d'effets extra-pyramidaux.

TABEAU : ACTION ANTAGONISTE DES ANTIPSYCHOTIQUES « ATYPIQUES » SUR LES RÉCEPTEURS

Sérotoninergiques et dopaminergiques	Sérotoninergiques	Dopaminergiques
Clozapine Loxapine Rispéridone Sertindole Olanzapine	Carpipramine Ritansérine Ondansétron	Amisulpride Rémoxipride Sulpiride Raclopride

2. CLASSIFICATION CLINIQUE DES ANTIPSYCHOTIQUES

- La liste proposée ci-dessous n'est pas exhaustive.
- Ils sont classés :
 - . Selon la prédominance de leur activité clinique :
 - action antiproduitive : contre le délire, les hallucinations, l'excitation psychique,
 - action anti-déficitaire : action désinhibitrice dans les schizophrénies hébéphréniques,
 - action sédatrice : contre toute forme d'anxiété majeure, contre l'agitation psychomotrice de toute nature.
 - . selon la bipolarité de l'action de certains composés;
 - . selon l'action pharmacologique (classique versus atypique).

1. Critères de Deniker (1957) pour la définition d'un neuroleptique :

- création d'un état d'indifférence psychomotrice spéciale;
- efficacité vis-à-vis des états d'excitation et d'agitation;
- réduction progressive de troubles psychotiques aigus et chroniques;
- production de syndromes extra-pyramidaux et végétatifs;
- effets sous-corticaux dominants.

CLASSIFICATION CLINIQUE DES ANTIPSYCHOTIQUES

1. Antiproductifs

Neuroleptiques classiques

- HALDOL® (Halopéridol) : 1,5 mg à 50 mg/j*
Cp : 1 mg (ns); 5 mg (ns); 20 mg (s);
Sol. 2% (X gouttes = 1 mg); Sol. 2% (X gouttes = 10 mg); Sol. 0,5% (40 gouttes = 1 mg).
Amp. : 5 mg.
- PIPORTIL® (Pipothiazine) : ≥ 20 mg/j (40 à 80 mg/j)
Cp : 10 mg (s);
Sol. 4% : X gouttes = 10 mg
Amp. : 10 mg.
- MODITEN® (Fluphenazine) : 80 mg à 300 mg/j (800 mg maximum)
Cp : 25 mg; 100 mg (s);
Sol. à 4% : X gouttes = 10 mg.
- MAJEPTIL® (Thiopropérazine) : 40 à 200 mg/j
Cp : 10 mg (s);
Sol. 4% : X gouttes = 10 mg.
- DOGMATIL® (Sulpiride) : 400 à 1600 mg/j.
Cp : 50 mg (ns); 200 mg (s);
Sol. : XX gouttes = 5 mg;
Amp. : 100 mg.
- TERFLUZINE® (Trifluopérazine) : 100 à 300 mg/j
Cp : 10 mg (s); 100 mg (s);
Sol. 4% : X gouttes = 10 mg;
Amp. : 10 mg
- LOPIXOL® (Zuclopenthixol) : 50 à 200 mg/j
Cp : 10 mg (ns); 25 mg (ns);
Sol. 2% : X gouttes = 10 mg;
Amp. : 50 mg; 100 mg. (action semi-prolongée/2 à 3 jours).
- FLUANXOL® (Flupentixol) : 80 à 400 mg/j
Sol. 4% : X gouttes = 10 mg.
- TRIPÉRIDOL® (Triflupéridol) : 3 à 6 mg/j
Sol. 1% : XX gouttes = 1 mg.

Neuroleptiques atypiques

- SOLIAN® (Amisulpride) : 400 à 1200 mg/j
Cp : 200 mg (s); 400 mg (s);
Amp. : 200 mg.
- LEPONEX® (Clozapine*) : 150 à 600 mg/j (900 mg maximum)
Cp : 25 mg (s); 100 mg (s).
- LOXAPAC® (Loxapine) : 300 à 800 mg/j
Cp : 25 mg (ns); 50 mg (ns); 100 mg (s);
Sol. : X gouttes = 10 mg;
Amp. : 50 mg**.
- ZYPREXA® (olanzapine) : 5 à 20 mg/j en 1 prise
Cp (ns) : 25 mg; 7,5 mg; 10 mg.

2. Anti-déficitaires (Désinhibiteurs)

Neuroleptiques classiques

- DRAP® (Pimozide) : 1 à 10 mg/j.
Cp : 1 mg (ns); 4 mg (ns);
Sol. : X gouttes = 1 mg.
- PIPORTIL® (Pipothiazine) : ≤ 10 mg/j (2 à 5 mg/j)
Cp : 10 mg (s);
Sol. 4% : X gouttes = 10 mg;
Amp. : 10 mg.
- MAJEPTIL® (Thiopropérazine) ≤ 10 mg/j
Cp : 10 mg (s);
Sol. 4% : X gouttes = 10 mg.
- TRIPÉRIDOL® (Triflupéridol) : 1 à 3 mg/j
Sol. 1% : XX gouttes = 1 mg.
- MODITEN® (Fluphenazine) : 25 mg à 50 mg/j
Cp : 25 mg (ns); 100 mg (s);
Sol. 4% : X gouttes = 10 mg;
Amp. : 2,5 mg.
- FLUANXOL® (Flupentixol) : 20 à 80 mg/j
Sol. 4% : X gouttes = 10 mg.

Neuroleptiques atypiques

- PRAZINOL® (Carpipromine) : 50 à 400 mg/j; moyenne : 150 mg/j en 2 prises
Cp : 50 mg.
- DOGMATIL® (Sulpiride) : 50 à 600 mg/j.
Cp : 50 mg (ns); 200 mg (s);
Sol. : XX gouttes = 5 mg.
- SOLIAN® (Amisulpride) : < 300 mg/j
Cp : 100 mg (s).
- LEPONEX® (Clozapine*) : 100 à 500 mg/j
Cp : 25 mg; 100 mg.
- RISPERDAL® (Risperidone) : 4 à 8 mg/j. Posologie progressive
Cp : 1 mg (s); 2 mg (s) en 2 prises par jour.

Anti-déficitaires non neuroleptiques

- PROZAC® (Fluoxétine) : 20 mg/j
Cp : 20 mg.
- IMAO (MARSILID®) : 50 à 150 mg/j
Cp : 50 mg.

ns : non sécrétable s : sécrétable

* L'usage de ce médicament est soumis à une surveillance hématologique spécifique et est réservé à des formes résistantes de schizophrénie.

** Réservée à l'usage hospitalier.

3. Sédatifs*Anxiolytiques majeurs :*

- NOZINAN® (Lévomépromazine) : 50 à 500 mg/j.
Cp : 2 mg (ns); 25 mg (s); 100 mg (s);
Sol. : X gouttes = 10 mg.
- TERCIAN® (Cyamépromazine) : 50 à 300 mg/j (per os : 2 x dose IM)
Cp : 25 mg (s); 100 mg (s);
Sol. 4% : X gouttes = 10 mg.
- MELLERIL® (Thioridazine) : 100 à 600 mg/j
Cp : 10 mg (ns); 50 mg (ns); 100 mg (s);
Sol. 4% : X gouttes = 10 mg;
Suspension buvable 2% : 1 cuillère à café = 10 mg.
- LARGACTIL® (Chlorpromazine) : 150 à 800 mg/j
Cp : 25 mg (s); 100 mg (s);
Sol. 4% : X gouttes = 10 mg.
- TIAPRIDAL® (Tiapride) : 200 à 400 mg/j
Cp : 100 mg (s);
sol à mg/gouttes.

Anxiolytiques neuroleptiques en urgence :

- LARGACTIL® (Chlorpromazine) : 100 à 200 mg, renouvelable
Amp. : 25 mg.
- TERCIAN® (Cyamépromazine) : 50 à 100 mg, renouvelable
Amp. : 50 mg.
- NOZINAN® (Lévomépromazine) : 50 à 100 mg, renouvelable
Amp. : 25 mg.

- DROLEPTAN® (Droperidol) : 50 à 10 mg, renouvelable
Amp. : 5 mg/2 mL
sol. buvable 20 mg/mL : x gouttes = 10 mg
- SOLIAN® (Amisulpride) : 200 à 400 mg, renouvelable
Amp. : 200 mg.
- BARNETIL® (Sulopiride) : 400 à 800 mg, renouvelable
Amp. : 200 mg.
- TIAPRIDAL® (Tiapride) : 300 à 400 mg, renouvelable
Amp. : 100 mg/2 mL.

Anxiolytiques neuroleptiques utilisables en cas de troubles caractériels :

- TERCIAN® (Cyamépromazine) : 50 à 300 mg/j.
Cp : 25 mg (s); 100 mg (s);
Sol. 4% : X gouttes = 10 mg.
- NEULEPTIL® (Propéridazine) : 5 à 60 mg/j (à 200 mg en aigu)
Cp : 10 mg (ns); 25 mg (s);
Sol. 1% : X gouttes = 2,5 mg; Sol. 4% : X gouttes = 10 mg.
- DIPIPÉRON® (Pipaméron) : 40 à 120 mg/j (à 160 mg en aigu)
Cp : 40 mg (ns);
Sol. 4% : X gouttes = 20 mg.
- CLOPEXOL® (Zuclopenthixol) : 20 à 50 mg/j
Cp : 10 mg (ns); 25 mg (s);
Sol. 2% : X gouttes = 10 mg;
Amp. : 50 mg, 100 mg, (action semi-prolongée/2 à 3 jours).
- TIAPRIDAL® (Tiapride) : 200 à 400 mg/j
Cp : 100 mg (s).

3. EFFETS SECONDAIRES DES NEUROLEPTIQUES**EFFETS SECONDAIRES DES NEUROLEPTIQUES**

- **Effets neurologiques**
 - . effets extra-pyramidaux précoces;
 - . dyskinésies aiguës;
 - . syndrome parkinsonien;
 - . syndrome hyperkinétique;
 - . dyskinésies tardives;
 - . crises comitiales.
- **Effets neurovégétatifs**
 - . effets anticholinergiques;
 - . effets cardio-vasculaires;
 - . effet sur la régulation thermique;
 - . syndrome mélin.
- **Effets métaboliques et endocriniens**
 - . effets allergiques et toxiques.
- **Effets psychiques**
 - . syndrome d'asthénie, passivité, indifférence;
 - . état confusionnel;
 - . état dépressif;
 - . état anxieux;
 - . somnolence.
- **Effets indésirables divers**

Figure 1 : Classification de Deniker et Ginest (EMC, Psychiatrie)

Classification	Principaux représentants	Effets secondaires	Appendice : effets secondaires
Neuroleptiques sédatifs	<p>Pôle sédatif ↑</p> <p>NOZINAN® résérpiniques LARGACTIL® TERCIAN® DOGMATIL® (forte dose)</p> <p>Effets végétatifs dominants ↑</p>	Hypotension orthostatique	<p>D = action dépressogène N = action neurologique E = action endocrinienne Y = action neurovégétative</p> <p>D = faible (sauf résérpiniques) N = faible E = faible à moyenne (sauf résérpiniques et Dogmatil où elle est très marquée) Y = forte</p>
Neuroleptiques moyens	<p>ÉTUMINE® NEULEPTIL® MELLERIL® ORAP®, ORIPAN®</p>		
Neuroleptiques polyvalents	<p>HALDOL® MODITEN® MAJEPTIL®</p>	Syndromes akinète-hypertoniques	
Neuroleptiques désinhibiteurs	<p>TEMENTIL® TERFLUZINE® TRIPERNOL® TRILIFAN® DOGMATIL® (faible dose) PIPORTIL® PRAZINIL®</p> <p>↓</p> <p>Pôle sédatif</p> <p>↓</p> <p>Effets neurologiques dominants</p>	Syndromes hyperkinétiques	

3.1. Effets neurologiques

3.1.1. Effets extra-pyramidaux précoces :

• Dyskinésies aiguës :

DYSKINÉSIES (DYSTONIES) AIGÜES

- Accès hypertonique :
 - hyperextension du cou : torticolis, rétrocolis, antérocollis spasmodique;
 - plafonnement du regard, crises oculogyres;
 - trismus, spasmes musculaires des membres, opisthotonos, tortipelvis;
 - hypersalivation, trouble de la déglutition.
- Accès d'akathisie : impossibilité de rester dans une même position (assis, allonger, debout).
- Accès d'hyperkinésie : déambulation incoercible et forcée, impossibilité de rester sans bouger (torkinésie).

Hidden page

Hidden page

Les effets anticholinergiques sont considérablement majorés par les antiparkinsoniens de synthèse. Les effets anticholinergiques sont plus souvent dus aux correcteurs plutôt qu'aux neuroleptiques.

EFFETS ANTICHOLINERGIQUES DES NEUROLEPTIQUES

- Un syndrome anticholinergique central :
 - . hyperthermie, confusion, convulsion;
 - . troubles de la mémoire isoles.
- Un syndrome anticholinergique périphérique :
 - . constipation, iléus paralytique (en particulier chez le sujet âgé);
 - . sécheresse buccale (risque de caries, de parotidites);
 - . troubles de l'accommodation, sensation de flou visuel, mydriase, augmentation de la pression intra-oculaire;
 - . rétention d'urine.

• Traitement :

- Constipation, iléus paralytique : huile de paraffine : 3 cuillères à soupe par jour
 - . ARTISIAL® : 6-8 pulvérisations/j.
- Sécheresse buccale, caries :
 - . hygiène bucco-dentaire.
 - . SULFARLEM® S25 : 3 cp/j à prendre avant les repas.

Le risque de rétention d'urine est maximal à la 2ème semaine et exige une surveillance accrue chez le sujet pré-disposé.

3.2.2. Effets cardio-vasculaires (Effets α -adréno-lytiques) :

Les effets α -adréno-lytiques des neuroleptiques se traduisent par un effet sédatif (phénothiazines) et par des modifications tensionnelles (hypotension orthostatique avec tachycardie réflexe).

L'hypotension (majeure avec les neuroleptiques sédatifs à fortes doses IM (LARGACTIL®, DROLEPTAN®, MELLE-RIL®) peut imposer l'alitement au début. Elle représente un danger chez le sujet âgé, où l'on contre-indique parfois ce type de neuroleptique à fortes doses.

Cet effet s'atténue habituellement en 2 à 3 semaines.

• Traitement :

- DIHYDRO-ERGOTAMINE® : XXX gouttes x 3 j;
- YOHIMBINE® : 2 cp x 3 /j.
- Préférer plutôt :
 - . mobilisation lente du patient;
 - . passage à la position assise sur le lit avant de se lever;
 - . eau de Vichy.

3.2.3. Effet sur la régulation thermique :

Plusieurs types d'effets sont observables :

- Hypothermie bénigne : sans gravité si $> 35,5^\circ$, pas d'arrêt du traitement.
- Hyperthermie bénigne isolée : à $37,5^\circ$ - 38° : banale.
- « Coup de chaleur » :
 - . par vulnérabilité accrue;
 - . température $> 41^\circ$ sans sudation;
 - . prévention par une bonne hydratation.
- Syndrome malin des neuroleptiques : complication la plus grave des neuroleptiques.

Hidden page

- un transfert en urgence en réanimation, dans la phase d'état (monitoring cardio-vasculaire, ventilation assistée),
- la correction des désordres hydro-électrolytiques, du collapsus, de l'insuffisance rénale, de l'hyperkaliémie,
- le DANTROLÈNE®, (DANTRIUM®), qui est utilisé pour réduire la rigidité spastique, l'hyperthermie et la rhabdomyolyse,
- la bromocriptine (5 mg/4 heures), qui est utilisée pour diminuer la température et la rigidité musculaire.

EXAMENS INDISPENSABLES AU COURS DU SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES

- **Enzymes musculaires :**
 - . rhabdomyolyse, constante, reflète l'atteinte musculaire (myolyse, augmentation de synthèse des enzymes) :
 - . augmentation des CPK totales (Créatine Phosphokinase fraction MM), myoglobulinémie, myoglobulinurie;
 - . augmentation des ASAT (SGOT), LDH, aldolase.
- **NFS :**
 - . hyperleucocytoses à polymucléaires (dysautonomie, infections).
- **Ionogramme sanguin, urinaire, urée, créatinine, protidémie, hématoците :**
 - . déshydratation extracellulaire;
 - . insuffisance rénale aiguë fonctionnelle, rarement organique;
 - . hyperkaliémie secondaire à l'insuffisance rénale ou à la rhabdomyolyse.
- **Gaz du sang artériel en air ambiant à la recherche d'une acidose métabolique secondaire :**
 - . à la rhabdomyolyse;
 - . à l'insuffisance rénale;
 - . ou collapsus cardio-vasculaire.
- **Bilan phosphocalcique :**
 - . hypocalcémie et hyperphosphorémie secondaire à la rhabdomyolyse.
- **Hémocultures, ECBU :**
 - . de principe, afin d'éliminer une autre cause de fièvre ou une complication infectieuse.
- **Groupe, rhésus, RAI :**
 - . de principe, en raison de l'état de choc.

Les Anglo-Saxons ont utilisé avec succès l'ECT en urgence.

Ultérieurement, les neuroleptiques ne sont pas contre-indiqués, en dehors des neuroleptiques d'action prolongée. En revanche, il faut réintroduire, à doses progressives, un neuroleptique d'une famille différente.

3.3. Effets métaboliques et endocriniens

Les effets endocriniens reflètent l'effet des neuroleptiques sur le système tubéro-infundibulaire qui est impliqué dans les régulations hormonales [prolactine-GH-LHRH].

Le syndrome aménorrhée-galactorrhée s'observe particulièrement avec l'HALDOL®, les benzamides (DOGMATIL®, SOLUAN®), le MELLERIL®, le NEULEPTIL®, RISPÉRIDONE®).

- **Plusieurs effets sont signalés :**
 - . prise de poids (parfois > à 10 kg) : phénothiazine (LARGACTIL®, NOZINAN®, RISPÉRIDONE®);
 - . syndrome aménorrhée-galactorrhée :
 - augmentation de la durée des cycles, aménorrhée,
 - gynécomastie, galactorrhée : le syndrome aménorrhée-galactorrhée cède à l'arrêt du traitement.
 - . troubles sexuels :
 - impuissance parfois totale, retard à l'éjaculation ou anéjaculation,
 - anorgasmie, frigidité.
- **Traitement :**
 - . ces complications doivent toujours être abordées sur un plan psychothérapique;
 - . le retentissement psychologique peut être tel que les patients peuvent interrompre leur traitement neuroleptique.

– **Plusieurs possibilités :**

- changement de neuroleptique : proposer un neuroleptique atypique;
- régime diététique;
- exercice physique régulier.

Les troubles sexuels sont parfois réversibles spontanément, ils sont réversibles à l'arrêt du traitement.

3.4. Effets immuno-allergiques et toxiques

– Plusieurs effets sont signalés :

- photosensibilisation, érythème au soleil (phénathiazine sauf LARGACTIL®) : éviter les expositions prolongées;
- rétinites pigmentaires;
- dépôts pigmentaires : chambre antérieure de l'œil, cornée, cristallin;
- ictères cholestatiques (LARGACTIL®) : guérison à l'arrêt du traitement. Si antécédent d'ictère : choisir une butyrophénone (HALDOL®) ou une benzamide (DOGMATIL®, SOLIAN®);
- agranulocytose : rare, sauf avec la clozapine (risque pour 1% des patients) qui exige un protocole hospitalier spécifique de surveillance de la NFS.

3.5. Effets psychiques

3.5.1. Syndrome d'asthénie, passivité, indifférence :

- Ce syndrome a une importance historique : il a constitué pour Deniker le premier critère de définition d'un neuroleptique classique. On ne retrouve pas d'altération de la conscience ou des facultés intellectuelles d'une façon concomitante.
- Cet effet est un temps nécessaire et indispensable dans le traitement d'une phase délirante aiguë.
- Cet effet s'observe particulièrement avec les neuroleptiques sédatifs et rarement avec les neuroleptiques anti-déficitaires (sulpiride, pimozide, pipotiazine, etc.).
- Toutefois, il est aussi considéré comme un effet « iatrogène » lors d'un traitement prolongé car il empêche la reprise des activités, il faut alors diminuer la posologie, afin de l'ajuster à l'activité du patient.
- Ce tableau n'est pas toujours facile à différencier :
 - d'une évolution déficitaire de la schizophrénie;
 - d'un tableau dépressif associé.

3.5.2. État confusionnel :

Les confusions sont rares lors de la prise de neuroleptiques. Elles sont aggravées par les antiparkinsoniens de synthèse. Elles surviennent surtout chez les personnes âgées, déshydratées, alcooliques.

- L'apparition d'un tel état nécessite :
 - l'arrêt des antiparkinsoniens de synthèse, s'il y a lieu;
 - la correction d'une déshydratation;
 - la baisse, voire l'arrêt des neuroleptiques.
- Chez le sujet âgé, on prévient ce risque par :
 - l'augmentation très progressive des neuroleptiques au début du traitement;
 - l'absence de prescription de correcteurs antiparkinsoniens;
 - la prescription préférentielle d'HALDOL® (peu d'effets anticholinergiques) ou de TIAPRIDAL®.

3.5.3. État dépressif :

- La question de l'effet dépressogène des neuroleptiques a été abordé dans le chapitre des dépressions et celui des schizophrénies.

- Il est important, mais pas toujours facile, de différencier un ralentissement psychomoteur d'origine dépressive :
 - . du ralentissement par effet extra-pyramidal (akinésie) des neuroleptiques;
 - . du ralentissement par effet « d'indifférence psychomotrice » des neuroleptiques;
 - . du cours évolutif de la schizophrénie (hébéphrénie).
- La prescription d'un correcteur antiparkinsonien, la diminution des neuroleptiques ou la prescription d'un neuroleptique anti-déficitaire dans le dernier cas, peuvent être des tests diagnostiques.

3.5.4. État anxieux :

- Les réactions anxieuses sont fréquentes :
 - . dans les premiers jours d'un traitement;
 - . lors de l'utilisation de neuroleptiques anti-déficitaires;
 - . lors de la survenue d'un effet extra-pyramidal : crise oculogyre, akathisie, etc.
- L'association d'un neuroleptique à une benzodiazépine est tout à fait licite.
- La prévention d'une réaction anxieuse, lors des effets extra-pyramidaux, doit être effectuée par une information adéquate du patient et de son entourage, et par l'instauration d'un correcteur antiparkinsonien dès les premiers signes de dyskinésie aiguë.

3.5.5. Somnolence :

La somnolence est principalement due aux neuroleptiques sédatifs. Elle se rencontre surtout au début de l'instauration du traitement neuroleptique (premiers jours, premières semaines).

Lorsqu'elle persiste au long cours, on peut être amené à diminuer la posologie quotidienne en majorant la prise vespérale, ou bien à choisir un neuroleptique moins sédatif.

3.6. Effets indésirables divers

• Effets tératogènes :

- Contre-indication des neuroleptiques pendant le premier trimestre de grossesse. En cas d'absolue nécessité, on utilise de préférence un neuroleptique commercialisé depuis longtemps, à une posologie minimale et pendant une durée limitée. Lors d'exacerbation délirante pendant la grossesse, on a recours à la sismothérapie.
 - . nausées, vomissements;
 - . rhumatisme chlorpromazinique;
 - . accidents thromboemboliques : chez les sujets alités, prédisposés;
 - . myocardiopathies par toxicité cardiaque directe (rarissime);
 - . modification de l'ECG : élévation du QT, diminution de l'onde T, trouble du rythme.
- L'ECG est systématique avant la prescription de Pimozide (ORAP®), OPIRAN® ou de Sultopride (BARNÉTIL®).

• Mort subite :

Accident rarissime. On ne rapporte dans la littérature que des cas isolés où l'imputabilité au neuroleptique n'est pas toujours évidente (pimozide à fortes doses (> 30 mg/j); lévomépromazine à fortes doses). Il est quasiment impossible d'impliquer formellement un mécanisme particulier : trouble du rythme, hypotension, fausse route alimentaire.

4. CONTRE-INDICATIONS — SURVEILLANCE

4.1. Contre-indications

- Il existe surtout des contre-indications relatives, en fonction du terrain et du type de neuroleptique utilisé.
 - . Parkinson, sclérose en plaque, porphyrie : éviter les neuroleptiques;
 - . phéochromocytome : pas de Benzamides (DOGMATIL®, SOLUAN®);
 - . glaucome par fermeture de l'angle et adénome prostatique : éviter les neuroleptiques très anticholinergiques, et l'association avec les correcteurs antiparkinsoniens;

- insuffisance hépatique, cardiopathies, coronariens : contre-indication relative, utiliser les neuroleptiques avec précautions;
- antécédents d'épilepsie : traitement anticomitial, surveillance EEG;
- sujet âgé : danger de chute, d'iléus paralytique;
- grossesse : premier trimestre;
- en cas de nécessité absolue, utiliser :
 - DOGMATIL® chez le parkinsonien et le porteur de glaucome à angle fermé,
 - LARGACTIL® chez la femme enceinte.

4.2. Surveillance

EXAMEN INITIAL ET SURVEILLANCE D'UN TRAITEMENT NEUROLEPTIQUE

1. Examen clinique initial et au long cours :

- Poids : prise de poids.
- TA debout/couchée : hypotension, collapsus.
- Température : syndrome malin.
- Stomatologie : caries.
- Neurologique : syndrome extra-pyramidal, conscience.
- Cutané : érythème solaire.

2. Examens paracliniques :

- NFS régulière : dépistage d'une toxicité.
- Bilan hépatique : dépistage d'une toxicité.
- Bilan ophtalmologique (lampe à fente) si prise de Phénothiazine au long cours.
- Glycémie : surveillance d'une hyperglycémie éventuelle.
- ECG : tolérance et retentissement des effets hypotenseurs.
- EEG : tracé de référence.

5. NEUROLEPTIQUES D'ACTION PROLONGÉE (NAP)

Les neuroleptiques d'action prolongée (NAP) sont en solution huileuse, obtenue par estérification du produit père. La voie d'administration est parentérale (IM exclusivement). La durée d'action varie entre 2 à 4 semaines. Ainsi, la libération d'une faible posologie quotidienne se fait de façon continue, lors des injections répétées. L'huile de sésame ou de coco, est utilisée pour dissoudre les esters gras (forme NAP) et permettre l'injection en IM. La diffusion plasmatique, à partir du muscle, est conditionnée par le degré de lipophilie de l'ester gras vis-à-vis du muscle. Une fois dans le plasma, l'ester gras subit une hydrolyse rapide par les estérases plasmatiques qui régénèrent, à partir du NAP, son produit père (forme alcool). La plupart des NAP ont une demi-vie d'environ trois semaines. Le régime stationnaire est donc obtenu entre la 3ème et la 4ème injection.

- L'avantage essentiel de cette présentation est la **certitude de l'observance du traitement**. De plus, certains patients préfèrent ce type de prise mensuelle, plutôt qu'une prise journalière de traitement.
- Toutefois, ce traitement peut présenter des inconvénients :
 - danger de rigidification de la relation;
 - épuisement de l'effet en fin de prise;
 - risque de dystonie aiguë en début et fin de prise.

5.1. Administration

Toujours prescrire l'administration per os du produit « père » pendant au moins 15 jours, en milieu hospitalier (test de tolérance). Parfois, il est nécessaire de poursuivre le produit per os pendant plusieurs jours après la première injection du NAP. De même, l'adjonction d'un correcteur est parfois nécessaire.

En cas d'échec, il faut diminuer les intervalles entre les injections ou bien passer à un autre neuroleptique per os, et changer de type de NAP.

5.2. Choix du produit

- Le choix du produit se fait en fonction du neuroleptique utilisé per os et de la clinique.
- Les principales indications sont représentées par :
 - les psychoses chroniques, dissociatives ou non, stabilisées;
 - une faible observance du traitement per os.

NEUROLEPTIQUES D'ACTION PROLONGÉE (LISTE NON EXHAUSTIVE)

Antiproductifs :

- HALDOL DÉCANOATE[®] (Décanoate d'halopéridol) :
50 à 300 mg en une IM/3 à 4 semaines;
Amp. : 50 mg.
- PIPORTIL L4[®] retard (Décanoate de pipotiazine) :
100 à 500 mg/ 4 semaines;
Amp. : 100 mg.
- CLOPIXOL[®] (Décanoate de zuclopenthixol) :
200 mg à 400 mg en une IM/3 semaines;
Amp. : 200 mg.
- FLUANXOL[®] (Décanoate de flupentixol) :
80 à 300 mg en une IM/2 semaines;
Amp. : 20 mg; 100 mg.

Anti-déficients :

- PIPORTIL L4[®] retard (Décanoate de pipotiazine) :
25 à 100 mg/ 4 semaines;
Amp. : 25 mg; 100 mg.
- MODITEN[®] Retard (Onéanthate de fluphénazine) :
25 à 150 mg/2 semaines;
Amp. : 25 mg; 100 mg.
- MODÉCATE[®] (Décanoate de fluphénazine) :
25 à 150 mg/ 3 à 4 semaines;
Amp. : 25 mg; 125 mg.
- FLUANXOL[®] (Décanoate de flupentixol) :
20 à 80 mg en une IM/2 semaines;
Amp. : 20 mg.

IM/3 à 4 semaines : une injection intramusculaire toutes les 3 à 4 semaines.

Tranquillisants et hypnotiques

- Le terme d'anxiolytique, bien que couramment utilisé, n'est pas un terme adéquat. En effet, les neuroleptiques sont des anxiolytiques majeurs et ne figurent pas dans cette classe. L'usage a consacré le terme de tranquillisants pour désigner cette classe médicamenteuse qui comprend principalement des produits benzodiazépiniques. On utilise parfois le terme d'anxiolytique mineur pour désigner cette classe médicamenteuse, le terme d'anxiolytique majeur désignant alors les neuroleptiques.
- La dénomination d'hypnotique est, elle aussi, un peu désuète en raison de l'action polyvalente d'un même produit « anxiolytique » sur le sommeil, en fonction de sa dose ou de sa demi-vie. Pourtant un certain nombre de produits dits, « hypnotiques », n'ont eu une autorisation de mise sur le marché que pour cette indication.
- Nous avons alors repris la classification :
 - . tranquillisants : benzodiazépiniques, non benzodiazépiniques;
 - . hypnotiques : benzodiazépiniques, non benzodiazépiniques.
- En pratique et en dehors de l'urgence, les dosages les plus faibles doivent être systématiquement utilisés en première intention.
- Un arrêté du 7 Octobre 1991 a réduit la durée de prescription des anxiolytiques à 3 mois.

RÈGLES DE PRESCRIPTION DES TRANQUILLISANTS ET HYPNOTIQUES BENZODIAZÉPINIQUES

- Les doses élevées doivent être réservées aux formes d'anxiété résistante aux plus faibles posologies.
- Prévenir les patients des effets sur la vigilance et les performances motrices, en début de traitement.
- Respect des contre-indications.
- En cas d'échec d'un anxiolytique, il est préférable de changer de classe pharmacologique plutôt que de co-prescrire.
- L'arrêt d'une benzodiazépine ou d'un carbamate doit être progressif en raison du risque de syndrome de sevrage. Par exemple : diminuer de 10 à 25% (si doses élevées) de la dose tous les 15 jours;
- En cas de surdosage ou d'intoxication volontaire, l'injection d'ANEXATE (flumazénil) peut être opportune.

1. TRANQUILLISANTS

1.1. Tranquillisants benzodiazépiniques et apparentés

- Les benzodiazépines (BZD) et les familles apparentées (cyclopyrrolones et imidazopyridines) possèdent quatre propriétés essentielles :
 - . action sédative : diminution de la vigilance (première semaine d'un traitement), potentiel hypnogène (flunitrazépam : NARCOZEP®, ROHYPNOL®);
 - . action anxiolytique : plus ou moins indépendante de la sédation en fonction de la molécule et de l'individu;
 - . action myorelaxante : en particulier pour le diazépam et le tétrazépam (MYOLASTAN®);
 - . action anticonvulsivante : en particulier pour le clonazépam (RIVOTRIL®).
- Il faut aussi tenir compte d'une cinquième action, en particulier pour les produits à demi-vie brève, il s'agit de l'effet amnésiant.
- Les benzodiazépines et apparentées se fixent sur des récepteurs spécifiques et facilitent ainsi la transmission GABAergique par ouverture d'un canal chlorique. L'activation du système GABAergique a un effet inhibiteur au niveau du système nerveux central (diminution de l'activité sérotoninergique, dopaminergique et noradrénergique).

- Les familles apparentées aux BZD : cyclopyrrolones et imidazopyridines ne possèdent pas encore de molécules commercialisées comme anxiolytiques. En revanche, elles existent comme hypnotiques : cyclopyrrolones : Zopiclone (IMOVANE®), imidazopyridines : Zolpidem (STILNOX®). A la différence des BZD, l'arrêt brusque ou rapidement progressif est possible pour les traitements brefs.

1.1.1. Contre-indications aux BZD :

- Hypersensibilité connue aux BZD, allergie aux BZD.
- Insuffisance respiratoire sévère, syndrome d'apnée du sommeil.
- Antécédents de réaction paradoxale aux tranquillisants (réaction d'hostilité, actes de violence, crise de rage).
- Antécédents toxicomaniaques.
- En cas d'insuffisance rénale ou hépatique, il est nécessaire d'adapter la posologie.
- Enfant de moins de 15 ans (HALCION®, ROHYPNOL®, STILNOX®, IMOVANE®).

1.1.2. Précautions :

- Le traitement doit être surveillé et la posologie souvent diminuée dans certains cas particuliers :
 - . myasthénie, insuffisance respiratoire décompensée;
 - . sujet âgé;
 - . insuffisance hépatique ou rénale;
 - . grossesse, allaitement : passage dans le lait, éviter le premier trimestre (tératogénèse jamais prouvée à ce jour);
 - . il faut éviter l'absorption d'alcool (potentialisation) ou la conduite d'engins lourds pendant la durée du traitement.
- Le traitement ne doit jamais être arrêté brutalement : risque de **syndrome de sevrage** (apparition de nouveaux symptômes) ou de **phénomène de rebond** (réapparition des symptômes initiaux).

Le syndrome de sevrage aux BZD comporte :

- Des phénomènes très fréquents : anxiété, insomnie, agitation, irritabilité, tension musculaire.
- Des phénomènes assez fréquents :
 - . nausées, sueurs, symptomatologie pseudo-grippale, douleurs musculaires;
 - . apathie, symptômes dépressifs;
 - . hyperacousie, hypersensibilité aux bruits, trouble de l'accommodation, hyper réflexie;
 - . cauchemars, ataxie, tremblements, tachycardie.
- Des phénomènes plus rares :
 - . syndrome confusionnel, syndrome délirant aigu, idées délirantes, hallucinations;
 - . crises comitiales, acouphènes persistants.

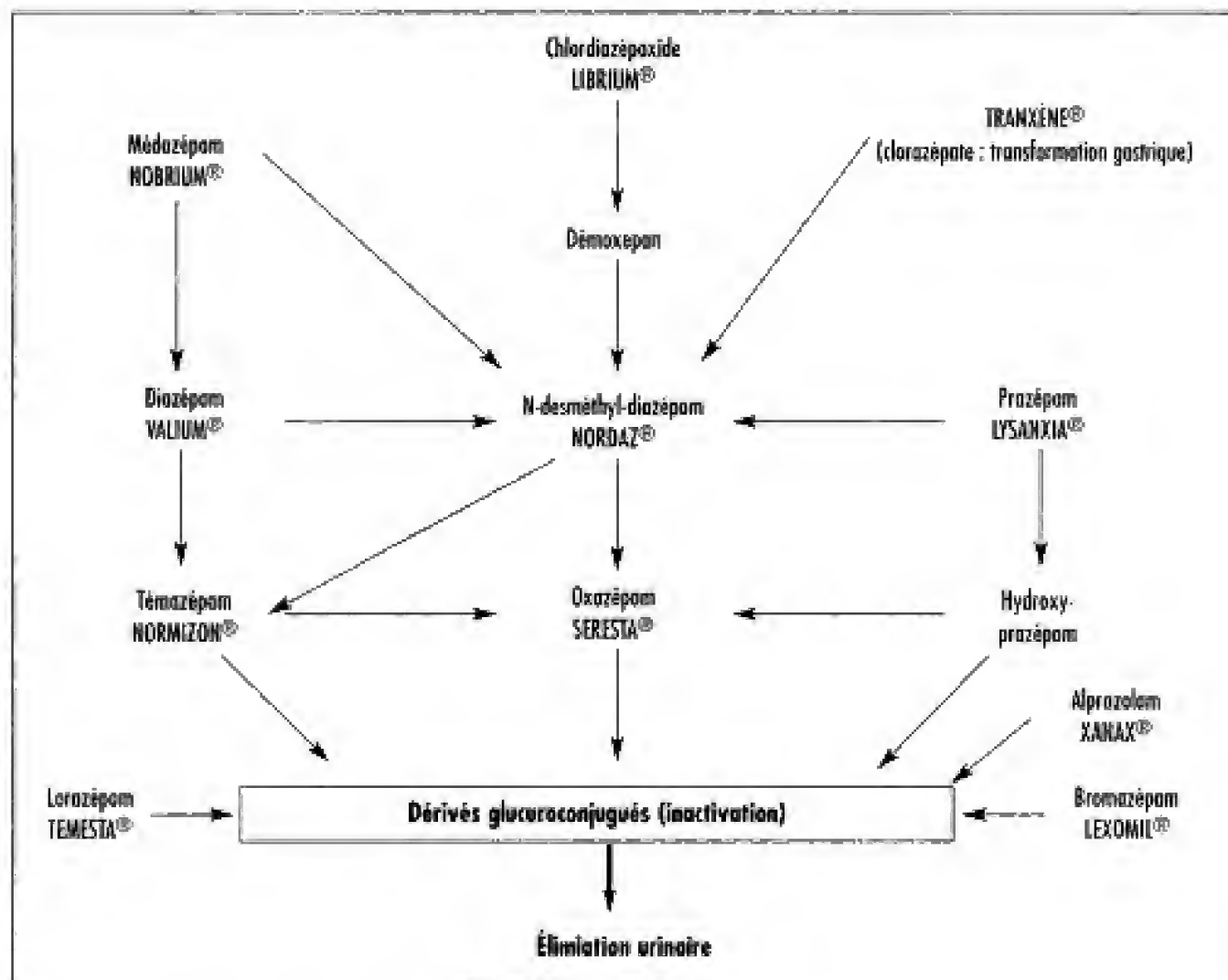
- Le phénomène de « rebond » à l'arrêt des BZD comporte une réapparition des symptômes ayant justifiés le traitement (insomnie, anxiété). De plus l'intensité du « rebond » est plus intense que les symptômes initiaux. Ce phénomène concerne surtout les BZD à demi-vie courte.
- Le TEMESTA®, le XANAX®, le LEXOMIL® et le SERESTA® sont immédiatement glucuronocconjugués et n'ont pas de métabolites actifs. Ils sont donc préférables chez le sujet âgé.

1.1.3. Effets secondaires des BZD :

- **Diminution de la vigilance et des performances motrices** : asthénie, somnolence, bradypsychie, surtout dans les premiers jours du traitement.
- Effet désinhibiteur, euphorisant.
- **Amnésie antérograde** : sur l'acquisition et sur le rappel mnésique.
- **Réaction paradoxale** : majoration de l'anxiété, de l'insomnie, réaction d'hostilité, actes de violence, crise de rage.
- **Conduites automatiques** : conduites normales, bizarres, désinhibées, auto- ou hétéro-agressives dont le sujet ne garde plus aucun souvenir. Ces épisodes lui sont rapportés par l'entourage. Il existe parfois des consé-

Hidden page

Tableau 1 : Transformations métaboliques hépatiques des principales benzodiazépines



1.2. Tranquillisants non benzodiazépiniques

Les carbamates agissent aussi au niveau du complexe GABAergique, tout comme les barbituriques et l'alcool.

1.2.1. Carbamates/Tétrabamates :

• Contre-indications :

- Grande insuffisance cardiaque et rénale pour les tétrabamates.
- Insuffisance respiratoire.
- Hypersensibilité aux produits.
- Porphyrie aiguë intermittente (méprobamate).
- Grossesse 1er trimestre, allaitement.

• Précautions :

- Si myasthénie, sujets âgés, conducteurs.
- Éviter toute absorption d'alcool.

• **Présentation-posologie :**

— **Tétrabamate-barbiturique :**

- ATRIUM® 100 (Fébarbamate 50 mg, difébarbamate 35 mg, phénobarbital 15 mg) :
- cp 100 mg; 2 à 4 cp/j.
- ATRIUM® 300 (Fébarbamate 150 mg, difébarbamate 105 mg, phénobarbital 45 mg) :
- cp 300 mg; 2 à 4 cp/j.

— **Méprobamate :**

- ÉQUANIL® cp 400 mg, 250 mg :
- 400 à 1 600 mg/j.
- inj. 400 mg : IM 400 à 1 200 mg/j.

1.2.2. Antihistaminiques : Hydroxyzine :

• **Contre-indications :**

- Glaucome par fermeture de l'angle.
- Obstacle urétr prostatique.

• **Précautions :**

- Conducteurs.
- Éviter l'association avec d'autres médicaments à effets très anticholinergiques.

• **Présentation - posologie :**

- ATARAX® cp 25, 100 mg; sirop :
- 100 à 300 mg/j le soir au repas;
- inj. 100 mg : 100 à 300 mg/j IM ou IV à diluer.

1.2.3. Autres classes :

- COVATINE® (captodiamine) : 50 mg x 2 à 3 par jour. Pas de contre-indications.
- STRESAM® (Etifoxine) : 50 mg x 2 à 3 par jour. Pas de contre-indications.
- BUSPAR® (Buspirone¹) : 10 mg x 1,5 à 2 par jour.

2. HYPNOTIQUES

Les hypnotiques induisent un état de sédation permettant une induction et un maintien du sommeil. Un arrêté du 7 Octobre 1991 a réduit la durée de prescription des hypnotiques de 2 à 4 semaines (Encadré).

2.1. Hypnotiques benzodiazépiniques

- Les benzodiazépines reconnues comme hypnotiques se caractérisent par une vitesse d'absorption brève, une élimination rapide ($t_{1/2}$ vie courte), des concentrations plasmatiques élevées et efficaces la nuit avec des taux résiduels faibles la journée.
- Les familles apparentées aux BZD comprennent les **cyclopyrrolones** et les **imidazopyridines**. Les propriétés pharmacologiques sont proches de celles des BZD. Plusieurs cyclopyrrolones sont toujours en cours d'évaluation (Suriclone, Suphoclone, Zopiclone).
- La première imidazopyridine commercialisée comme anxiolytique a été retirée du marché (ANANXYL, Alpidem), en raison d'une toxicité hépatique importante.
- Leur action pharmacologique est proche de celle des BZD, ce sont des agonistes des récepteurs aux BZD.
 - cyclopyrrolones : Zopiclone (IMOVALE® 7,5, $t_{1/2}$ vie : 5 heures) : 1 cp le soir;
 - imidazopyridines : Zolpidem (SILUNOX®, $t_{1/2}$ vie : 2 heures) : 1 à 2 cp le soir; (IVADAL® 10, $t_{1/2}$ vie : 2 heures) : 1 à 2 cp le soir.

¹. Agoniste partiel 5HT_{1A} post-synaptique.

HYPNOTIQUES BENZODIAZÉPINIQUES

- 1/2 vie d'élimination : < 5 heures
 - . HALCION® (Triazolam) : cp (ns) 0,125 : 0,125 mg à 0,250 mg le soir; 0,25 à 1 mg le soir;
 - . NOCTRAM® (clorazépate dipotassique¹ 10) : 10 à 20 mg le soir.
 - 1/2 vie d'élimination : 5 à 20 heures
 - . HAVLANE® (leprazolam) : 1 mg le soir;
 - . NORMISON® (témazépam) 10 et 20 (ns) : 10 à 20 mg le soir;
 - . NUCTALON® (Estazolam) 2 : 1 mg à 2 mg le soir.
 - 1/2 vie d'élimination : ≥ 20 heures
 - . MAGADON® (nitrazépam) 5 : 5 à 10 mg le soir;
 - . NOCTAMIDE® (formétazépam) 1 et 2 : 0,5 à 1 mg le soir;
 - . ROHYPNOL® (flunitrazépam) 1 : 0,5 à 2 mg le soir.
- ns : non sécrétable s : sécrétable

2.2. Hypnotiques non benzodiazépiniques

- Actuellement, les barbituriques ne sont presque plus prescrits comme hypnotiques.
- D'autres produits sont utilisés comme :
 - . l'hydrate de chloral (préparation officinale, 1/2 vie : 7 heures) : 0,5 à 2 g/j;
 - . la MÉPRONIZINE® (méprobamate acépeométazène) : 200 à 800 mg/L(?) 30 minutes avant le coucher;
 - . le NOPRON® (niaprizine) : enfant : 15 mg/5 mL : en 1 prise le soir au coucher; enfant > 3 ans : 1 à 2 mg/kg;
 - . le DONORMYL® (doxylamine) 15 mg (effervescent, pelliculé) : 7,5 mg à 30 mg 15 à 30 minutes avant le coucher;
 - . THÉRALENE® (aliménazine) 5 mg, goutte (1 goutte = 1 mg), sirop (1 CAC = 2,5 mg) : 5 mg à 20 mg le soir au coucher

DURÉE DE PRESCRIPTION DES HYPNOTIQUES ET DES ANXIOLYTIQUES

Indication : Insomnie

- Limitation à 2 semaines
 - . HALCION®.
- Limitation à 4 semaines
 - . Barbituriques : amobarbital, butobarbital, vinylbital;
 - . BZD : NOCTRAM®, ROHYPNOL®, NUCTALON®, MAGADON®, HAVLANE®, NOCTAMIDE®, NORMISON®;
 - . Autres : STILNOX®, IMOVANE®, MÉPRONIZINE®.

Indication : Anxiété

- Limitation à 12 semaines
 - . BZD : LEXOMIL®, LYSANXIA®, NORDAZ®, SERESTA®, TEMESTA®, TRANXÈNE®, URBANYL®, VALIUM®, VICTAN®, XANAX®;
 - . Autres : ATARAX®, BUSPAR®, STRESAM®.

1. NOCTRAM® : association : BZD, antihistaminique H1 et phénothiazine. La demi-vie des métabolites peut varier entre 30 et 90 heures.

Index



A

α-Méthyl-dopa : [202](#)
 Abandonisme : [58](#)
 Abasie : [81](#)
 Aboulie : [99](#)
 Absence : [18](#)
 Abus :
 - d'alcool : [223](#)
 - de drogue : [243](#)
 Accès :
 - boulimique : [223](#)
 - cataleptique : [81](#)
 - d'akathisie : [294](#)
 - dépressif : [108](#)
 - d'hyperkinésie : [294](#)
 - hypertonique : [294](#)
 - hypomaniaque : [131](#)
 - léthargique : [81](#)
 - maniaque : [111](#), [283](#)
 - maniaque (traitement) : [134](#)
 - mélancolique : [110](#)
 Accident :
 - du travail : [93](#)
 - vasculaire cérébral : [204](#)
 Accoutumance : [243](#)
 Acétone : [248](#)
 Acomprostate : [241](#)
 Activité (dissociation) : [157](#)
 Affect : [36](#)
 Affection hématologique : [205](#)
 Affectivité bloquée : [211](#)
 Agitation : [15](#)
 - chez la paranoïaque : [283](#)
 - chez le sujet âgé : [284](#)
 - psychopathique : [16](#)
 Agnosie : [24](#)
 Agoraphobie : [76](#)
 Agrammatisme : [155](#)
 Agranulocytose : [300](#)
 Akataphasie : [155](#)
 Akathisie : [295](#)
 AKINETON® retard : [295](#)
 ALAD : [230](#)
 Alcoolisation : [224](#)
 Alcoolisme (classification) : [226](#)
 Alcool : [202](#), [224](#), [295](#)
 - [dénégation] : [226](#)
 - [ivresse] : [199](#)
 Alcool (narcissisme) : [226](#)
 Alcoolique (hospitalisation) : [326](#)

Alcoolisme : [223](#), [224](#)
 - chronique (signes d'imprégnation) : [228](#)
 - [dépression] : [233](#)
 - [manifestations cliniques] : [228](#)
 - [principe thérapeutique] : [235](#)
 - primaire : [227](#)
 - [pronostic] : [235](#)
 - secondaire : [227](#)
 - (suicide) : [233](#)
 - (syndrome de dépendance) : [223](#)
 Alcoolite : [226](#)
 Alcool-dépendance : [223](#)
 Alcoolopathie : [223](#)
 Alcoolose : [227](#)
 Algie : [82](#)
 - hystérique : [82](#)
 Aliénation du langage : [24](#)
 Alimentaire :
 - (excès) : [19](#)
 - (hyperoxie) : [130](#)
 Alimentation (restriction volontaire) : [210](#)
 Alpidem : [309](#)
 Alprazolam : [74](#), [307](#)
 Altération :
 - grammaticale : [25](#)
 - phonétique : [155](#)
 - sémantique : [155](#)
 Altruisme : [274](#)
 Alzheimer (maladie de) : [25](#), [26](#)
 Amaigrissement : [210](#)
 Ambitendence : [153](#)
 Ambivalence : [153](#), [156](#)
 Aménorrhée : [210](#)
 Amimie : [15](#)
 Amineptine : [239](#), [252](#)
 Amisulpride : [291](#), [292](#), [293](#)
 Amitriptyline : [74](#)
 Amnésie :
 - antérograde : [26](#)
 - d'évocation : [26](#)
 - de fixation : [26](#)
 - élective : [26](#)
 - lacunaire : [26](#), [34](#), [206](#)
 - rétrograde : [26](#)
 Amobarbital : [246](#)
 Amoxapine : [117](#)
 Amphétamine : [198](#), [202](#), [245](#), [246](#), [299](#)
 Amytriptyline : [117](#)
 Anacritique : [58](#), [63](#)
 ANAFRANIL® : [74](#), [309](#)
 Anamnétique (donnée) : [39](#)

- ANANXYL® : [74](#), [309](#)
 Ancienneté du délire : [271](#)
 Anémotivité : [37](#)
 Anesthésie : [82](#)
 – affective : [97](#)
 ANEXATE® : [307](#)
 Angel dust : [247](#)
 Angoisse : [38](#), [71](#)
 – de castration : [53](#)
 – de morcellement : [166](#)
 – de néantification : [172](#)
 Anhédonie : [97](#)
 Anidésisme : [99](#)
 Annulation : [68](#)
 Anorexie : [19](#), [99](#)
 – mentale : [209](#)
 Anosognosie : [211](#)
 Anticholinergique : [202](#), [249](#), [297](#)
 Antidéficitaire : [292](#), [303](#)
 Antidépresseur : [202](#), [252](#)
 Antifongique : [202](#)
 Antimitotique : [202](#)
 Antipaludéen : [202](#)
 Antiparkinsonien : [202](#)
 Antiproduit : [292](#), [303](#)
 Antipsychotique : [291](#)
 Antipsychotique atypique : [291](#)
 Anxiété :
 – chronique : [72](#)
 – intercritique : [72](#)
 Anxiolytique : [293](#)
 – majeur : [293](#)
 ANXYREX® : [307](#)
 AOTAL® : [241](#)
 Aphasie : [25](#)
 – de Broca : [25](#)
 – de Wernicke : [25](#)
 Aphonie : [81](#)
 Appétence : [225](#)
 Apragmatisme : [157](#)
 Apraxie : [35](#)
 – constructive : [35](#)
 – idéatoire : [35](#)
 – idéo-motrice : [35](#)
 Aprosexie : [35](#), [129](#)
 Arrêté du 7 octobre 1991 : [305](#), [309](#)
 Arsenic : [202](#)
 Art-thérapie : [179](#)
 ARTANE® : [248](#)
 Article :
 – 64 : [263](#)
 – 122-1 : [263](#)
 – L.333 : [262](#)
 – L.333-2 : [262](#)
 – L.342 : [263](#)
 – L.343 : [263](#)
 – L. 348 : [263](#), [265](#)
 – L.351 : [265](#)
 Asparaginase : [201](#)
 Assistance (et législation) : [261](#)
 Association :
 – néphalite : [240](#)
 – d'anciens buveurs : [240](#)
 Astasie : [81](#)
 Asthénie : [300](#)
 Asthénie vitale : [99](#)
 ATARAX® : [75](#), [307](#)
 Atelier :
 – de réadaptation : [269](#)
 – protégé : [269](#)
 Athymie : [38](#)
 ATHYMIL® : [118](#)
 Athymormie : [38](#), [156](#)
 ATRIUM® : [119](#), [123](#), [238](#), [239](#), [309](#)
 Atrophie cérébelleuse : [234](#)
 Atropine : [202](#)
 Attention : [33](#)
 Attitude d'écoute : [31](#)
 Autisme : [28](#), [153](#)
 Autodévalorisation : [99](#)
 Automatisme :
 – idéo-verbal : [32](#)
 – mental : [32](#), [144](#)
 – sensitif : [33](#)
 – moteur : [32](#)
 AVLOCARDYL® : [75](#), [79](#), [119](#), [123](#), [295](#)
- ## B
- B1 : [238](#)
 B6 : [238](#)
 Barbiturique : [118](#), [202](#), [245](#), [246](#), [249](#)
 – (syndrome de sevrage) : [253](#)
 BARNETIL® : [293](#)
 Barrage : [23](#), [28](#), [155](#)
 Belle indifférence : [80](#)
 Bénéfice :
 – primaire : [67](#), [81](#)
 – secondaire : [67](#), [81](#)
 Benton (test de rétention visuelle) : [44](#), [165](#)
 Benzamide : [295](#)
 Benzodiazépine : [198](#), [202](#), [245](#), [246](#), [249](#)
 – (syndrome de sevrage) : [253](#)
 Bêta-bloquant : [295](#)
 BINOCTAL® : [246](#)
 Binois Pichot (test de vocabulaire) : [43](#)
 Bipolaire (traitement préventif de la maladie) : [122](#)
 Bizarrerie : [153](#)
 – alimentaire : [19](#)
 – du comportement : [157](#)
 Bonnet Charles (syndrome de) : [145](#)

Bouffée délirante :

- aiguë : [168](#), [181](#)
- aiguë primaire : [184](#)
- aiguë (pronostic) : [185](#)
- (forme transculturelle) : [34](#)
- secondaire : [185](#)
- transculturelle : [185](#)

Boulimique (conduite) : [217](#)

Bradyphémie : [23](#)

Bradypsychie : [23](#), [98](#)

Briquet (maladie de) : [84](#)

Broca (aphasie de) : [25](#)

Bromazépam : [307](#)

Bromocriptine : [299](#)

Bromure : [198](#), [202](#)

Buprénorphine : [247](#)

BUSPAR® : [309](#)

Buspirone : [309](#)

Butyrophénone : [300](#)

C

Camptocormie : [82](#)

Cannabinal : [245](#), [247](#)

Cannabis : [202](#), [247](#), [249](#)

Capgras (délire d'interprétation) : [138](#), [225](#)

Captodiamé : [309](#)

Caractère : [47](#), [48](#)

Caractère anal : [54](#)

Carmabamate : [239](#), [308](#)

Carmabazépine : [125](#), [201](#)

Carpipramine : [291](#), [292](#)

Castration (angoisse de) : [53](#)

Catalepsie : [17](#), [157](#)

CATAPRESSAN® : [253](#)

Cathiémophrénose : [82](#)

Cathinone : [246](#)

Cattell (test de) : [44](#)

Cénesthopathie : [36](#)

Centre :

- d'aide par le travail : [269](#)
- México-Psychologique : [268](#)

Certificat :

- de quinzaine : [263](#), [264](#)
- « immédiat » : [263](#), [264](#)
- mensuel : [263](#), [264](#)

Chloral : [198](#), [202](#), [249](#)

Chlorhydrate de naltrexone : [241](#)

Chlorpromazine : [293](#)

Chocolatomanie : [219](#)

Chorée de Huntington : [167](#)

Chronobiologique (hypothèse) : [114](#)

Cimétidine : [202](#)

5-fluo-uracile : [201](#)

Circulaire du 15 mars 1960 : [267](#)

Citalopram : [74](#), [118](#)

Classification :

-de l'alcoolisme : [226](#)

-de Fouquet : [226](#)

-des psychotropes : [245](#)

Clinophilie : [20](#)

CUPIXOL® : [177](#), [303](#)

Clivage : [172](#)

Clabazam : [307](#)

Clomipramine : [74](#), [92](#)

Clonazépam : [237](#), [305](#)

Clonidine : [202](#)

CLOPIXOL® : [292](#), [293](#)

Clorazépat : [307](#)

Clothiazépam : [307](#)

Clozapine : [291](#), [292](#)

Cocaïne : [198](#), [202](#), [246](#)

Codéine : [245](#)

Coma : [34](#)

Commentaire :

-des actes : [32](#)

-de la pensée : [21](#)

Commission départementale des hospitalisations psychiatriques : [263](#)

Complication psychiatrique (toxicomanie) : [250](#)

Comportement :

-(analyse du) : [15](#)

-(bizarrerie) : [157](#)

-(dissociation) : [157](#)

Compulsion : [89](#)

Conduite :

-autodestructrice : [59](#)

-automatique : [306](#)

-boulimique : [19](#), [318](#)

-sexuelle (trouble) : [20](#)

-sphinctérienne (trouble) : [21](#)

-suicidaire : [277](#)

-toxicomaniac : [243](#)

Conflit :

-psychique : [66](#)

-psychologique : [65](#), [66](#)

Confusion :

-(cause cardio-respiratoires) : [205](#)

-intellectuelle : [191](#)

-mentale : [189](#)

-psychiatrique : [205](#)

-psychogène : [205](#)

Congruente (thématique) : [102](#), [131](#), [183](#)

Conscience :

-de soi : [33](#)

-douloureuse : [97](#)

Consommation occasionnelle (drogues) : [243](#)

Contact (analyse du) : [18](#)

Contrôle des internements : [263](#)

Conversion hystérique (symptôme) : [80](#)

Coprophagie : [19](#)

Coq à l'âne : [27](#)

Corticoïde : [202](#)

Cotard (syndrome de) : [120](#), [183](#), [274](#)

Coup de chaleur : [297](#)

Courant antipsychiatrique : [173](#)

COVATINE® : [309](#)

CPOA : [269](#)

Crépusculaire (état) : [34](#), [59](#), [83](#), [166](#)

Criminel psychopathique : [22](#)

Crise :

- convulsive : [200](#)
- d'angoisse : [71](#), [72](#)
- d'angoisse aiguë : [38](#), [285](#)
- d'angoisse d'origine psychique : [285](#)
- d'angoisse psychotique : [285](#)
- d'épilepsie : [26](#)
- de spasmodophilie : [81](#)
- dystonique : [295](#)
- extra-pyramidale : [81](#)
- syncopale : [81](#)

Critère de Deniker : [291](#)

Croyance bizarre : [60](#)

Curatelle : [266](#)

Cure de désintoxication : [232](#)

Cushing (maladie de) : [203](#)

Cyaméazine : [293](#)

Cyclopyrrolone : [305](#), [309](#)

D

D48 : [43](#)

DANTRIUM® : [299](#)

DANTROLÈNE® : [299](#)

Décharges émotionnelles : [50](#)

DÉFANYL® : [112](#)

Déjà vécu : [27](#)

Déjà vu : [27](#)

Délire :

- (ancienneté) : [271](#)
- affectif : [136](#)
- à éclipse : [185](#), [201](#)
- des actes : [193](#)
- de jalousie : [137](#)
- de négation : [102](#)
- de rêve : [192](#)
- de revendication : [137](#)
- d'idée : [138](#)
- d'interprétation de Capgras : [138](#), [275](#)
- d'interprétation de Sérieux : [138](#), [275](#)
- ectomaniacale : [137](#)
- hystérique : [83](#)
- (mécanisme) : [271](#), [272](#)
- non systématisé : [275](#)
- paranoïaque (théorie étiopathogénique) : [140](#)
- paranoïaque (théorie psychanalytique) : [141](#)
- paranoïaque : [168](#), [232](#)
- paranoïde : [168](#)
- paraphrénique : [146](#), [169](#)
- passionnel : [136](#), [140](#)

- post-onirique : [206](#)

- (réaction affective) : [276](#)

- sensitif : [140](#)

- subaigu : [200](#)

- subaigu (traitement) : [238](#)

- (structure) : [275](#)

- (thème) : [272](#)

Delirium tremens : [200](#)

- (traitement) : [238](#)

Démence :

- alcoolique : [234](#)
- par atrophie cortico-sous-corticale : [234](#)

Dénégation : [68](#)

- alcoolique : [226](#)

Déni : [211](#)

Deniker (critère de) : [291](#)

Dépendance :

- affective : [50](#)
- alcoolique (syndrome psychobiologique) : [223](#), [225](#), [228](#)
- physique : [243](#)
- psychique : [243](#)
- toxicomaniacale : [243](#), [244](#)

Dépersonnalisation : [36](#), [101](#), [162](#), [181](#)

Déplacement : [62](#)

Dépressif (syndrome) : [95](#), [277](#)

Dépression :

- anxieuse : [101](#)
- atypique : [116](#), [160](#)
- alcoolique : [233](#)
- chronique : [113](#), [121](#)
- confuse : [102](#)
- d'épuisement : [107](#)
- d'involution : [102](#)
- délirante : [101](#)
- endogène : [104](#)
- masquée : [102](#)
- mélancolique : [101](#)
- névrotico-réactionnelle : [106](#), [113](#)
- névrotique : [106](#)
- non endogène : [106](#)
- persistante : [113](#)
- (pseudo) : [83](#)
- réactionnelle : [106](#)
- résistante : [122](#)
- saisonnière : [111](#), [122](#)
- secondaire : [107](#), [121](#)
- secondaire à une affection organique : [109](#), [121](#)
- secondaire à un délire chronique : [108](#)
- stuporeuse : [101](#)
- symptomatique : [109](#)
- (traitement) : [115](#)

Déréalisation : [39](#)

DEROXAT® : [74](#), [118](#)

Désensibilisation : [79](#)

Désinhibiteur : [292](#)

Désipromine : [74](#), [117](#)
 Détachement : [153](#)
 Détournement fonctionnel du langage : [156](#)
 Deuil : [114](#)
 Déviation sexuelle : [21](#)
 Di-hydroergotamine : [112](#)
 Diabète : [203](#)
 Diachronique : [14](#)
 Diazépam : [237](#), [239](#)
 Dibenzoxapine : [295](#)
 Différence du discours : [28](#), [155](#)
 Digitalique : [202](#)
 Dihydan : [202](#)
 DIPIPÉRON® : [178](#), [293](#)
 Dipsomanie : [19](#), [130](#)
 Discordance affective : [276](#)
 Dispensaire d'hygiène mentale (DHM) : [268](#)
 Dissociation : [152](#), [153](#), [156](#)
 -de l'activité : [152](#)
 -des fonctions supérieures : [154](#)
 -du comportement : [157](#)
 Distorsion : [29](#)
 Disulfirame : [234](#)
 DOGMATIL® : [177](#), [292](#), [300](#)
 Donnée :
 -anamnestique : [39](#)
 -génétique (schizophrénie) : [170](#)
 -psychanalytique (schizophrénie) : [171](#)
 Dosulépine : [112](#)
 Double-bind : [123](#)
 Douleur morale : [97](#)
 Doxépine : [112](#)
 Dreamy state : [27](#)
 Drogue (abus) : [243](#)
 DROLEPTAN® : [293](#)
 Dropéridol : [293](#)
 Dysarthrie : [25](#)
 Dysharmonie évolutive : [27](#)
 Dyskinésie :
 -aiguë : [294](#)
 -tardive : [296](#)
 Dysmimie : [16](#)
 Dysmorphophobie : [211](#)
 Dyspareunie : [21](#)
 Dysphorie : [62](#)
 Dysthymie : [113](#)
 Dystonie : [294](#)

E

Échelle de mémoire de Wechsler : [44](#)
 Écholalie : [155](#)
 Écho de la pensée : [32](#)
 Ecmnésie : [27](#)
 Écriture de la pensée : [32](#)
 Ectasy : [247](#)
 EEG : [193](#), [201](#)

Effer :
 -anticholinergique : [297](#)
 -dépressogène des neuroleptiques : [109](#)
 -extra-pyramidaux : [294](#)
 EFFEXOR® : [118](#), [119](#)
 Égocentrisme : [50](#)
 Égodystonique : [29](#), [49](#), [65](#)
 Égosyntonique : [29](#), [49](#), [65](#)
 Éjaculation précoce : [28](#), [65](#)
 Electro Convulsive Therapie : [271](#)
 Électrocution : [120](#)
 Émotion : [205](#)
 Émoussement affectif : [97](#)
 Encéphalite herpétique : [167](#)
 Encéphalopathie :
 -carencielle en folates : [201](#)
 -carencielle en vitamine B1 : [201](#)
 -carencielle en vitamine B6 : [201](#)
 -carencielle en vitamine B12 : [201](#)
 -carencielle en vitamine PP : [201](#)
 -de Gayet-Wernicke : [188](#), [201](#), [233](#)
 -hépatique : [198](#), [203](#)
 -hypoparathyroïdienne : [203](#)
 -pancréatique : [203](#)
 -paranéoplasique : [203](#)
 -porto-cave : [234](#)
 Endogène : [104](#)
 Entretien : [2](#)
 Épilepsie :
 -(crise) : [26](#)
 -de sevrage : [231](#)
 -de sevrage (traitement) : [237](#)
 -partielle : [31](#)
 Épisode boulimique : [212](#)
 ÉQUANIL® : [75](#), [238](#), [239](#), [309](#)
 Équivalent :
 -anxieux : [73](#)
 -dépressif : [212](#)
 -suicidaire : [98](#)
 -thymique : [185](#)
 Éreutophobie : [162](#)
 Érotisation des rapports sociaux : [51](#)
 Érotomaniaque :
 -(délire) : [2](#)
 -(syndrome) : [137](#)
 Érotomanie : [275](#)
 Érythème au soleil : [300](#)
 ESTUUC® : [253](#)
 État :
 -anxieux : [285](#)
 -crépusculaire : [34](#), [59](#), [83](#), [166](#)
 -d'agitation : [283](#)
 -dépressif : [95](#)
 -épileptique : [166](#)
 -hystérique : [166](#)
 -maniaque : [127](#)

- mixte : [131](#)
- névrotique : [65](#)
- oniroïde : [34](#)
- réactionnel : [92](#)
- second : [34](#), [83](#)
- situationnel : [92](#), [94](#)
- somnambulique : [37](#), [83](#)
- stuporeux : [287](#)
- thymique atypique : [160](#)

Étayage : [58](#)

Éther : [198](#), [202](#), [245](#)

Étiofoxine : [309](#)

Euphorie expansive : [38](#), [128](#)

Exaltation imaginative : [129](#)

Examen :

- psychiatrique : [9](#)
- psychiatrique (plan d'observation) : [41](#)

Excitation psychomotrice : [130](#), [132](#)

Exhibitionisme : [21](#)

Expérience délirante : [271](#)

Expression psychique (symptôme) : [80](#)

Eysenck (test d') : [44](#)

F

Facteur déclenchant : [105](#)

Fading : [23](#), [155](#)

Fading mental : [28](#)

Fentanyl : [247](#)

Figure complexe de Rey : [44](#)

Fixation : [48](#), [49](#)

Flash : [247](#)

Flash-Back : [247](#), [248](#)

Flexibilité cireuse : [12](#)

Flooding : [29](#)

FLOXYFRAL® : [92](#), [118](#), [239](#)

FLUANXOL® : [240](#), [292](#), [303](#)

Flumazénil : [307](#)

Flunitrazépam : [305](#)

Fluoxétine : [74](#), [118](#), [239](#), [292](#)

Flupentixol : [240](#), [292](#)

Fluphénazine : [240](#), [292](#)

Fluvoxamine : [92](#), [118](#), [239](#)

Folie :

- du doute : [89](#)
- du toucher : [89](#)
- hystérique : [105](#)
- raisonnante : [138](#)

Fonction :

- affective (dissociation) : [156](#)
- mnésique : [26](#)
- sexuelle (anomalie) : [21](#)
- supérieure (dissociation) : [154](#)
- supérieure : [23](#)
- symbolique : [23](#)

Forclusion : [141](#)

Formation réactionnelle : [54](#), [67](#)

Forme transculturelle (bouffée délirante) : [185](#)

Fouquet (classification de) : [226](#)

Foyer de post-cure : [269](#)

Freud (triade de) : [54](#)

Frigidité : [21](#), [89](#)

Fugue : [21](#), [59](#), [103](#)

Fuite des idées : [27](#)

G

Ganser (syndrome de) : [25](#), [83](#), [115](#), [191](#)

Gayet-Wernicke (encéphalopathie de) : [198](#), [201](#), [233](#)

Gérontophilie : [21](#)

Gilles de la Tourette (maladie de) : [18](#)

Glossalalie : [25](#), [156](#)

Glossomanie : [25](#)

Gnosie : [24](#)

Grignotage : [218](#), [255](#)

Grille de Le Gô : [228](#)

Grossesse : [255](#)

Guanfacine : [253](#)

H

Hachisch : [245](#)

HALDOL® : [143](#), [149](#), [177](#), [186](#), [238](#), [292](#), [300](#)

HALDOL DÉCANOAS® : [177](#), [303](#)

Hallucination :

- cénesthésique : [32](#)
- hypnagogique : [31](#)
- hypnopompique : [31](#)
- intra-psychique : [32](#)
- physiologique : [31](#)
- psychique : [32](#)
- psycho-sensorielle : [32](#)
- psychomotrice : [31](#)
- psychosensorielle : [32](#)
- psychotique : [31](#)

Hallucinogène : [247](#), [299](#), [250](#)

Hallucinose : [31](#), [145](#)

- des buveurs de Wernicke : [232](#)

Halopéridol : [292](#)

Héautoscopie : [35](#)

- négative : [162](#)

Hébétude : [34](#)

Hébaïdophrénie : [63](#)

Hématome :

- extra-dural : [197](#)
- sous-dural : [197](#), [234](#)

Hémorragie :

- méningée : [197](#), [204](#)
- méningée (forme pseudo-ébrioise) : [204](#)

Hépatite alcoolique aiguë : [230](#)

Histrionisme : [50](#), [51](#), [52](#)

HIV : [203](#)

Homicide : [22](#)

Homosexualité : [14](#), [21](#)
 Hôpital :
 - de jour : [269](#)
 - de nuit : [269](#)
 Hormones thyroïdiennes : [122](#)
 Huile de hochisch : [245](#)
 Humeur dépressive : [37](#), [97](#)
 HUMORYL® : [119](#)
 Huntington (chorée de) : [167](#)
 Hydroxyzine : [75](#)
 Hyperactivité : [211](#)
 Hypercalcémie : [167](#)
 Hyperémotivité : [37](#)
 Hyperempathie : [129](#)
 Hyperesthésie : [82](#)
 Hypergénésie : [130](#)
 Hyperhédonie : [38](#), [129](#)
 Hyperkinésie (accès) : [294](#)
 Hypermimie : [128](#)
 Hypermnésie : [27](#)
 - paroxystique : [27](#)
 - permanente : [27](#)
 Hyperoxie alimentaire : [130](#)
 Hyperparathyroïdie : [134](#)
 Hyperphagie : [19](#), [99](#), [219](#)
 Hyperprosexie : [35](#)
 Hyperréactivité émotionnelle : [50](#)
 Hypersexualité : [130](#)
 Hypersomnie : [20](#), [99](#)
 - essentielle : [20](#)
 - paroxystique : [20](#)
 Hyperstimulation perceptive : [155](#)
 Hypersyntonie : [18](#), [128](#), [129](#)
 Hypertension intracrânienne : [204](#)
 Hyperthermie maligne : [205](#)
 Hyperthyroïdie : [134](#)
 Hypertrophie du moi : [56](#)
 Hyperuricémie : [231](#)
 Hypnagogique (phénomène) : [20](#)
 Hypnotique : [305](#)
 - benzodiazépinique : [309](#)
 - non barbiturique : [310](#)
 - non benzodiazépinique : [246](#)
 Hypocondriaque persécuteur : [273](#)
 Hypocondrie : [36](#), [273](#)
 Hypoglycémie : [197](#), [203](#), [230](#)
 Hypogonadisme : [212](#)
 Hypomaniaque (accès) : [131](#)
 Hypomimie : [99](#)
 Hyponatrémie : [203](#)
 Hypoprosexie : [35](#)
 Hypothermie : [205](#)
 Hypothèse dopaminergique (schizophrénie) : [170](#)
 Hypothyroïdie : [134](#)
 Hypoxémie aiguë : [205](#)
 Hystérie post-traumatique : [84](#)

Hystérique :
 - (algie) : [82](#)
 - (délire) : [83](#)
 - (manifestation « dissociative ») : [82](#)
 - (pseudo-démence) : [83](#)
 - (symptôme) : [80](#)

I

Ictère cholestatique : [300](#)
 Ictus amnésique : [226](#)
 Idéation suicidaire : [98](#)
 Idée :
 - délirante : [29](#), [138](#)
 - de négation : [274](#)
 - de références : [60](#), [139](#), [275](#)
 - dépressive : [29](#)
 - égocentrique : [28](#)
 - fixe : [28](#), [90](#)
 - fixe post-onirique : [200](#), [231](#)
 - obsédante : [29](#)
 - suicidaire : [279](#)
 Identification : [53](#)
 - projective : [172](#)
 IgA : [230](#)
 Illusion : [31](#), [172](#)
 - mnésique : [138](#)
 Imagination : [272](#)
 IMAO : [52](#), [119](#), [177](#), [292](#)
 Imipramine : [74](#), [117](#)
 IMMÉNOCTAL® : [246](#)
 Imidazopyridine : [305](#), [309](#)
 IMOVANE® : [306](#)
 Impénétrabilité : [153](#)
 Imprégnation alcoolique : [228](#)
 Impuissance : [21](#), [99](#)
 Impulsion : [157](#)
 - verbale : [24](#), [157](#)
 Inadaptation vestimentaire : [14](#)
 Incontinence affective : [97](#)
 Incurie : [97](#)
 Indice : [140](#)
 Indifférence :
 - autistique : [18](#)
 - belle : [80](#)
 Indométacine : [202](#)
 Inertie psychomotrice : [157](#)
 Influence : [144](#), [275](#)
 Injonction thérapeutique : [254](#)
 Inoxia : [295](#)
 Insatisfaction orale : [53](#)
 Insecticide : [202](#)
 Insomnie : [20](#), [99](#), [130](#)
 Instabilité :
 - affective : [62](#)
 - thymique : [62](#)
 Insuffisance rénale chronique : [203](#)

Intelligence : [30](#)
 Interaction précoce : [70](#)
 Interférence arbitraire : [115](#)
 Internement (contrôle) : [263](#)
 Interprétation : [31](#)
 Intersecteur de psychiatrie juvénio-juvénile : [267](#)
 Intoxication :
 - alcoolique : [197](#)
 - alcoolique aiguë (traitement) : [230](#), [236](#)
 Intuition : [272](#)
 Iproniazide : [119](#)
 Isolation : [67](#)
 Isoniazide : [201](#)

Ivresse :
 - alcoolique : [199](#)
 - aux barbituriques : [246](#)
 - cannabique : [248](#)
 - oxycarbonnée : [202](#)
 - pathologique : [199](#), [230](#), [283](#)
 - simple : [199](#), [230](#)

J - K

Jalousie : [275](#)
 Jugement (trouble du fonctionnement) : [27](#), [30](#)
 Khat : [246](#)
 KINUPTRIL® : [117](#)
 Klein-Levin (syndrome de) : [120](#)
 Kleptomanie : [22](#), [103](#), [218](#)
 Korsakoff (syndrome de) : [26](#), [192](#), [198](#), [233](#)
 Kraepelin (psychose hallucinatoire des buveurs) : [232](#)
 Kreitschmer (personnalité sensitive de) : [57](#)

L

L-Dopa : [248](#)
 Labilité thymique : [129](#)
 Lacune amnésique : [26](#)
 Langage :
 - (détournement fonctionnel) : [156](#)
 - néologique : [25](#)
 - (trouble du) : [23](#), [148](#), [155](#)
 LARGACTIL® : [143](#), [177](#), [186](#), [240](#), [293](#)
 LAROXYL® : [74](#), [117](#)
 Législation (et assistance) : [251](#)
 LEPONEX® : [292](#), [295](#)
 LEPTICUR® : [295](#)
 Lévomépromazine : [293](#)
 LEXOMIL® : [75](#), [307](#)
 Le Gô (grille de) : [228](#)
 Libido : [67](#)
 LITHIUM® : [19](#), [121](#), [123](#), [124](#), [178](#), [202](#), [239](#)
 Logolâtrie : [156](#)
 Logorrhée : [23](#), [27](#)
 Loi :
 - du [3](#) janvier 1968 : [265](#)
 - du [21](#) novembre : [269](#)

 - du [27](#) juin 1990 : [261](#)
 - du [31](#) Décembre 1970 : [254](#)
 Lorazépam : [237](#), [307](#)
 LOXAPAC® : [292](#), [295](#)
 Loxapine : [291](#), [292](#)
 LSD : [202](#), [245](#), [247](#)
 LUDIOMIL® : [118](#), [177](#)
 Lupus érythémateux disséminé : [167](#)
 Lutte anxieuse : [89](#)
 Lymphome cérébral : [203](#)
 LYSANXIA® : [75](#), [307](#)

M

M.M.P.I. : [166](#)
 MAJEPTIL® : [292](#)
 Maladie :
 - bipolaire (traitement préventif) : [122](#)
 - d'Alzheimer : [25](#), [26](#)
 - de Briquet : [84](#)
 - de Cushing : [203](#)
 - de Gilles de la Tourette : [18](#)
 - de Pick : [24](#)
 Manganèse : [202](#)
 Maniaque (accès) : [111](#), [253](#)
 Manie :
 - atypique : [132](#), [160](#)
 - confuse : [131](#)
 - d'épuisement : [132](#)
 - d'involution : [131](#)
 - de deuil : [132](#)
 - délirante : [131](#)
 - puerpérale : [258](#)
 - suraiguë : [130](#)
 - symptomatique organique : [132](#), [133](#)
 Maniérisme vestimentaire : [15](#)
 Manifestation :
 - de sevrage alcoolique : [199](#)
 - « dissociative » hystérique : [82](#)
 - pseudo-névrotique : [162](#)
 Maprotiline : [118](#)
 Marche (trouble de la) : [198](#)
 Marijuana : [245](#)
 MARSILID® : [92](#), [119](#), [292](#)
 Masochisme : [21](#)
 Masturbation : [21](#)
 Maternage : [207](#)
 MDMA : [245](#), [247](#)
 Mécanisme :
 - de défense : [48](#), [67](#)
 - du délire : [271](#), [272](#)
 - passionnel : [137](#)
 Mégalomanie : [274](#)
 Mélancolie : [110](#)
 - puerpérale : [259](#)
 - réactionnelle : [104](#)
 Mélancolique (accès) : [110](#)

MELLERIL® : [75](#), [143](#), [149](#), [293](#)
 Membre fantôme : [35](#)
 Mentisme : [20](#)
 Méprobamate : [75](#), [239](#), [307](#)
 Mercure : [202](#)
 Mescaline : [202](#), [245](#), [247](#)
 Métañoïa : [174](#)
 Méthadone : [245](#), [247](#)
 Méthadone (thérapie de maintenance) : [253](#)
 Méthanol : [248](#)
 Méthoqualone : [249](#)
 Méthotrexate : [201](#)
 Miansérine : [118](#)
 Minalcipram : [118](#)
 Mirtazapine : [118](#)
 MMPI : [44](#), [166](#)
 Moclobémide : [119](#)
 MODÉCATE® : [143](#), [203](#)
 MODITEN® : [143](#), [240](#), [292](#), [303](#)
 MOLLAMINE® : [112](#)
 Monoïdéisme : [28](#), [283](#)
 – idéique : [99](#)
 Monothématique : [102](#)
 Morel (sclérose laminaire) : [234](#), [240](#)
 Morphinique : [216](#)
 Mort subite : [301](#)
 Mat :
 – fortuit : [32](#)
 – jaculatoire : [32](#)
 – polysémique : [155](#)
 – valise : [155](#)
 Moutarde azotée : [201](#)
 Mutisme : [24](#), [99](#)
 – ludique [24](#)
 – sthénique [129](#)
 Myélinose centro-pontine [234](#)
 Myolastan® : [305](#)
 Mythomanie [28](#), [50](#)

N

NAP : [302](#)
 Narcissisme : [60](#)
 – de l'alcoolique : [226](#)
 Narco-analyse : [86](#)
 NARCOZEP® : [305](#)
 Négativisme psychomoteur : [157](#)
 NEMBUTAL® : [246](#)
 Néo-réalité : [171](#)
 Néologisme : [25](#)
 NEULEPTIL® : [178](#), [293](#)
 Neuroleptique : [245](#), [289](#)
 – atypique : [295](#)
 – d'action prolongé (NAP) : [302](#)
 – [surveillance au long cours d'un traitement] : [302](#)
 NORSET® : [118](#)
 Névrite optique : [234](#)

Neurolithium : [124](#)
 Névrose : [38](#), [65](#)
 – d'angoisse : [68](#), [70](#), [78](#)
 – hypochondriaque : [85](#)
 – hystérique : [69](#), [80](#), [169](#)
 – obsessionnelle : [69](#), [86](#), [91](#)
 – phobique : [68](#), [75](#), [78](#), [169](#)
 – traumatique : [93](#)
 Nickel : [202](#)
 Nordazépam : [307](#)
 NORDAZ® : [307](#)
 Nosophobie : [78](#)
 – délirante : [273](#)
 NOZINAN® : [75](#), [92](#), [120](#), [143](#), [149](#), [178](#), [156](#), [293](#)

O

Objet anaclitique : [59](#), [60](#)
 Obnubilation : [34](#), [191](#)
 Obsession : [29](#), [88](#)
 – idéative : [29](#), [88](#)
 – impulsive : [29](#), [88](#)
 – phobique : [29](#), [88](#)
 Olanzapine : [291](#), [292](#)
 Omega mélancolique : [97](#), [101](#)
 Ondansétron : [291](#)
 Onirisme : [192](#)
 Onirogène : [247](#)
 Oniroïde (état) : [34](#)
 Opiacé : [202](#), [246](#)
 – [syndrome de sevrage] : [249](#), [252](#)
 ORAP® : [92](#), [177](#), [292](#)
 Oxazépam : [307](#)
 Oxyde de carbone : [202](#)

P

P.P. : [238](#)
 Palilalie : [24](#)
 Pancréatite aiguë : [198](#)
 Panhypopituitarisme : [203](#)
 Pantophobie : [71](#)
 Paracétamol : [202](#)
 Parakinésie : [17](#), [157](#)
 Paroxétine : [118](#)
 Paralogisme : [30](#), [115](#)
 Paralysie : [81](#)
 – générale : [25](#), [134](#)
 Paramnésie : [26](#)
 Paranoïa : [136](#)
 Paraphrénie : [146](#)
 – confabulante :
 – fantastique : [147](#)
 Parasitage : [24](#)
 Parasitisme moteur : [17](#)
 Parathymie : [156](#)
 Parkinson : [295](#)

- Parkinson (syndrome de) : [24](#)
 Participation affective : [276](#)
 Passage à l'acte : [62](#)
 Passif-dépendant : [52](#)
 Pathologie :
 - somatique : [40](#)
 - suicidaire : [280](#)
 Patient dangereux : [269](#)
 PCP : [202](#), [245](#)
 Pédophilie : [21](#)
 Pensée :
 - autistique : [28](#)
 - déréelle : [28](#), [156](#)
 - (dissociation) : [28](#)
 - « dréistique » : [28](#)
 - illogique : [156](#)
 - magique : [29](#), [68](#)
 - paralogique : [56](#)
 - (trouble de la) : [28](#), [155](#)
 - (trouble du fonctionnement) : [22](#)
 Pentazocine : [245](#), [247](#)
 Pentobarbital : [246](#)
 Perception (trouble de) : [31](#)
 PEROXAT® : [92](#)
 Perplexité anxieuse : [191](#)
 Persécution : [273](#)
 Persévérance verbale : [24](#), [155](#)
 Personnalité :
 - à dominance histrionique : [52](#)
 - anale : [55](#)
 - anankastique : [54](#)
 - border-line : [58](#)
 - compulsive : [55](#)
 - hystérique : [48](#), [51](#)
 - multiple : [63](#), [83](#)
 - narcissique : [58](#)
 - obsessionnelle : [53](#), [54](#)
 - paranoïaque : [56](#)
 - paranoïaque de combat : [56](#)
 - paranoïaque de souhait : [57](#)
 - passive-dépendante : [52](#)
 - pathologique : [47](#)
 - phobique : [55](#)
 - psychasténique : [53](#), [55](#)
 - psychopathique : [61](#)
 - schizophrénique : [60](#)
 - sensitive de Kreitschmer : [57](#)
 PERTOFRAN® : [74](#), [117](#), [252](#)
 Perturbation : [35](#)
 - cénesthopathique : [35](#)
 - somatognosique : [35](#)
 Péthidine : [245](#)
 Peur : [38](#)
 - de castration : [38](#)
 Pharmacodépendance : [243](#)
 Pharmacologie : [289](#)
 Pharmacomanie : [248](#)
 Pharmacopsychose : [250](#)
 Phencyclidine : [202](#)
 Phénomène :
 - de rebond : [300](#)
 - hypnagogique : [20](#)
 - « idéa-affectif » : [29](#)
 Phénothiazine : [240](#)
 Phényléthylamine : [245](#), [247](#)
 Phobie atypique : [162](#)
 Phobie :
 - d'impulsion : [78](#)
 - simple : [77](#)
 - sociale : [77](#)
 - typique : [76](#)
 Photosensibilisation : [300](#)
 Pick (maladie de) : [24](#)
 Pickwick (syndrome de) : [20](#)
 Pimozide : [292](#)
 Pipampérone : [293](#)
 PIPORTIL® : [143](#), [177](#), [240](#), [292](#), [303](#)
 Pipothiazine : [240](#), [292](#)
 Plainte somatique : [100](#)
 Plomb : [202](#)
 PMD :
 - à cycles rapides : [112](#)
 - bipolaire : [112](#)
 - unipolaire : [112](#)
 Poppers : [248](#)
 Polynévrite : [234](#)
 Porphyrie aiguë : [203](#)
 Possession : [274](#)
 Post-partum : [256](#)
 - blues : [256](#), [257](#)
 - (trouble schizophréniforme) : [258](#)
 Postulat de base : [136](#)
 Potomanie : [19](#)
 PRAGMAREL® : [92](#), [112](#), [118](#)
 Praxie : [25](#)
 Prazépam : [307](#)
 PRAZINIL® : [292](#)
 Pro-drug : [307](#)
 Processus :
 - de conservation : [26](#)
 - de mémoration : [26](#)
 - de remémoration : [26](#)
 Progressive Matrix : [143](#)
 Projection : [57](#), [68](#), [141](#)
 Propanolol : [75](#), [78](#), [202](#)
 Propériciazine : [293](#)
 Prosodie : [97](#)
 Protection des biens : [265](#)
 PROTHIADEN® : [112](#)
 PROZAC® : [74](#), [118](#), [177](#), [239](#), [292](#)
 Pseudo-démence hystérique : [83](#)
 Pseudo-dépression : [83](#)

Pseudo-pellagre alcoolique : [201](#)
 Psycho-analéptique : [246](#)
 Psychodysléptique : [246](#)
 Psychogène : [101](#), [106](#)
 Psycholeptique : [246](#)
 Psychopathologie de l'anorexie mentale : [214](#)
 Psychose :
 – alcoolique : [231](#)
 – amphétaminique : [251](#)
 – carcérale : [62](#)
 – chronique : [168](#)
 – dissociative : [151](#)
 – du post-partum : [257](#)
 – hallucinatoire chronique (PHC) : [143](#), [146](#), [169](#)
 – hallucinatoire des buveurs (Kraepelin) : [232](#)
 – maniaco-dépressive : [110](#), [111](#)
 – non dissociative : [135](#)
 – puerpérale : [257](#)
 Psycho-stimulant : [27](#)
 Psychothérapie (schizophrénie) : [178](#)
 Psychotrope (classification) : [245](#)
 Psilocybine : [245](#), [247](#)
 Puerpéralité : [255](#)

Q

Quinupramine : [112](#)
 QUITAXON® : [112](#)

R

Rabbit syndrome : [296](#)
 Raclopride : [291](#)
 Radiations : [205](#)
 Ralentissement :
 – moteur : [98](#), [99](#)
 – psychique : [98](#)
 Raptus : [98](#), [101](#)
 Rationalisme morbide : [30](#)
 Réaction :
 – affective du délire : [276](#)
 – névrotique aiguë : [93](#)
 – névrotique transitoire : [85](#)
 – vraie : [106](#)
 Récepteur dopaminergique : [289](#), [53](#), [66](#)
 Refaulement : [53](#), [66](#)
 – primaire : [65](#)
 – secondaire : [66](#)
 Refus alimentaire : [19](#)
 Régression : [55](#), [66](#)
 Régression instinctivo-affective : [157](#)
 Relation de compréhension : [106](#), [140](#)
 Rémoxipiride : [291](#)
 Renversement dans le contraire : [210](#)
 Répétition (syndrome de) : [93](#)
 Réseau : [275](#)
 Restriction volontaire de l'alimentation : [275](#)

Résurgence mnésique : [34](#)
 Réticence : [18](#)
 Rétinite pigmentaire : [300](#)
 Revendication : [273](#)
 Rêve : [192](#)
 REVIA® : [241](#)
 Rey (figure complexe de) : [44](#)
 Rhabdomyolyse : [230](#), [298](#)
 RIMIFON® : [201](#)
 Risperidone : [291](#), [292](#)
 Risque suicidaire : [98](#), [280](#)
 RISPERDAL® : [292](#)
 Ritansérine : [291](#)
 Rituel : [89](#), [90](#)
 RIVOTRIL® : [237](#), [305](#)
 ROHYPNOL® : [305](#)
 Rorschach (test projectif) : [44](#), [166](#)

S

Salicylate : [202](#)
 Sauvegarde de justice : [265](#)
 Schizophasie : [25](#), [156](#)
 Schizophrénie : [151](#)
 – (accès dépressif dans la) : [108](#)
 – type hébéoïdophrénique : [63](#)
 Sclérose laminaire de Morel : [234](#), [240](#)
 Scopilie : [48](#)
 Sécarbital : [246](#)
 Second (état) : [34](#)
 Secteur : [275](#)
 – psychiatrique : [266](#)
 Sédatif : [293](#)
 Séduction : [66](#)
 Sémantique du langage : [24](#)
 Sémiologie psychiatrique : [13](#)
 Sensitivité : [57](#)
 SERESTA® : [307](#)
 Serial killer : [22](#)
 Sérieux (délire d'interprétation) : [138](#)
 SEROPRAM® : [74](#), [118](#), [119](#)
 Sertaline : [118](#)
 Sertindole : [291](#)
 Service fermé : [264](#)
 Sevrage :
 – alcoolique (manifestation) : [199](#)
 – alcoolique (traitement) : [236](#)
 Signal-symptôme : [128](#)
 Simulation : [85](#)
 Sismothérapie : [26](#), [119](#), [120](#), [121](#), [175](#), [185](#), [186](#), [255](#)
 Sitiophobie : [19](#)
 SOLIAN® : [292](#), [293](#), [295](#), [300](#)
 Solution : [66](#), [67](#)
 Solvant : [201](#)
 – organique : [202](#), [245](#)
 – volatile : [202](#), [248](#)

Somnolence : 227

Somatique (plainte) : 100

Somnambulique (état) : 35, 83

Sortie :

- définitive : 264

- d'essai : 264

STABLON® : 118, 239

Stéréotypie verbale : 24, 157

STILNOX® : 306

STP : 245, 246

STRESAM® : 309

Structure :

- du délire : 275

- névrotique : 47

- psychique : 47

- psychotique : 47

Stupeur : 12

Sublimation : 48

Suicidaire (idéation) : 98

Suicide :

- (pathologie mentale) : 280

- (risque de) : 98, 280

- (schizophrénie) : 174

- (tentative) : 279

Sulpiride : 291, 292

Sultiopiride : 293

Suphoclone : 309

Suriclone : 309

Surinvestissement intellectuel : 211

SURMONTIL® : 117

SURVECTOR® : 177, 252

Symptôme : 80

- déficitaire : 159

- négatif : 159

- névrotique : 67

- positif : 159

- productif : 159

Syndrome

- amotivationnel : 251

- aphaso-apraxo-agnosique : 26

- catatonique : 157, 167

- confusionnel : 168, 189

- d'asthénie : 300

- de Charles Bonnet : 145

- de Cotard : 120, 183, 274

- de dépendance à l'alcool : 223

- de dépersonnalisation : 101, 181

- de Ganser : 25, 83, 115, 191

- de Klein-Levin : 20

- de Korsakoff : 26, 192, 198, 233

- de Marchiafava-Bignami : 234, 240

- de Pickwick : 20

- de répétition : 33

- de sevrage : 249

- de sevrage aux barbituriques : 253

- de sevrage aux benzodiazépines : 253

- de sevrage aux opiacés : 249, 252

- d'excitation psychomotrice : 132

- d'indifférence : 300

- d'influence : 144

- déficitaire : 251

- délirant : 271

- délirant aigu : 271

- délirant chronique : 271

- démentiel : 194, 204

- dépressif : 95, 277

- dissociatif : 154

- érotomane : 137

- frontal : 134, 194

- hyperesthésique-hyperémotif (Adès) : 231

- hyperesthésique-hyperémotif : 237

- hyperkinétique : 295

- malin : 201, 297

- parkinsonien : 24, 298

- pseudo-bulbaire : 24

- psychobiologique de dépendance alcoolique : 228

- subjectif des traumatisés du crâne : 51

Syntonie : 18, 97

T

Tachyphémie : 23

Tachypsychie : 27, 129

Tasikinésie : 294

TAT : 44

TÉGRÉTOL® : 125, 178

Télangiectasie : 229

TEMESTA® : 237, 307

TEMGÉSIC® : 247

Tentative de suicide : 279

TÉRALITH® : 124

TERCIAN® : 143, 149, 178, 293

TERFLUZINE® : 292

Terrain prédisposé : 106

Test :

- clinique : 43

- de Cattell : 44

- d'Eysenck : 44

- de niveau : 43

- de personnalité : 166

- de rétention visuelle de Benton : 44, 166

- de vocabulaire de Binois Pichot : 43

- de Weschler Bellevue : 43, 165

- mentaux : 43

- projectif : 44

- projectif de Rorschach : 44

- psychométrique (psychoses dissociatives) : 165

Tétrabamate : 239, 308

Thallium : 202

THC : 245

Théâtralisme : 50

Thématique congruente : 102, 131, 183

Thème du délire : [222](#)

Théophylline : [202](#)

Théorie :

- biologique (des états dépressifs) : [113](#)
- cognitive (des troubles de l'humeur) : [115](#)
- cognitivo-comportementale (boulimie) : [219](#)
- étiopathogénie (psychose dissociative) : [120](#)
- monoaminergique : [114](#)
- psychanalytique (boulimie) : [219](#)
- psychanalytique (des troubles de l'humeur) : [114](#)
- psychopathologique (anorexie mentale) : [214](#)
- systémique : [123](#)

THÉRALÈNE® : [295](#)

Thérapie :

- cognitive (boulimie) : [221](#)
- cognitivo-comportementale : [78](#), [91](#)
- comportementale (boulimie) : [220](#)
- familiale : [129](#)
- systémique familiale : [123](#)

Thiopropérazine : [292](#)

Thioridazine : [293](#)

Thrombophlébite cérébrale : [162](#)

Tianeptine : [118](#)

TIAPRIDAL® : [238](#), [293](#)

Triapride : [293](#)

Tic : [18](#)

TOFRANIL® : [252](#)

Tolérance : [225](#)

Toloxatone : [112](#)

TONAFRANIL® : [74](#), [112](#), [239](#)

TORFLAQUE® : [128](#)

Torticollis tonique : [295](#)

Toxicomane : [251](#)

Toxicomanie : [243](#)

- (complications psychiatriques) : [250](#)
- primaire : [250](#)
- psychopathologique : [245](#)
- secondaire : [250](#)
- socio-culturelle : [245](#)

Toxoplasmose : [203](#)

Traitement institutionnel : [129](#)

Tranquillisant : [305](#)

- benzodiazépinique : [305](#)
- non benzodiazépinique : [308](#)

Transaminases : [230](#)

Transformation : [274](#)

TRANXÈNE® : [285](#), [307](#)

Traumatisme crânien : [26](#), [204](#)

Travestisme : [14](#)

Trazodone : [92](#), [118](#)

Trépied instinctuel : [99](#)

Triade de Freud : [54](#)

Trichloréthylène : [248](#)

Trifluopérazine : [292](#)

Trifluopéridol : [292](#)

Trimipramine : [112](#)

Trimus : [104](#)

Trip : [247](#)

TRIPÉRIDOL® : [292](#)

Tristesse : [104](#)

Tropatépine : [295](#)

Trouble :

- alimentaire : [209](#), [212](#)
- anxieux généralisé : [20](#)
- de la marche : [198](#)
- de la perception : [31](#)
- de la pensée : [27](#), [155](#)
- du langage : [23](#), [148](#), [155](#)
- du jugement : [27](#), [30](#)
- des activités perceptibles : [31](#)
- mnésique psychogène : [83](#)
- névrotique (théorie biologique) : [69](#)
- panique : [24](#)
- psychique : [255](#)
- sexuel : [20](#), [51](#)

Tumeur cérébrale : [204](#)

Tuile : [265](#)

U

URBANYL® : [307](#)

Urée : [230](#)

URO-ALPHA® : [119](#)

V

Vaginisme : [21](#)

VALIUM® : [237](#), [239](#), [285](#), [307](#)

Valpromide : [125](#)

Venlafaxine : [118](#)

VERATEM® : [307](#)

Vergibération : [25](#)

Vérification : [90](#)

VICTAN® : [307](#)

Vigilance : [33](#)

Viloxazine : [118](#), [119](#), [239](#)

Virage maniaque : [105](#)

Vision pessimiste : [92](#)

Vitaminothérapie : [238](#)

VIVALAN® : [118](#), [119](#), [239](#)

Voix : [32](#), [33](#)

Vol pathologique : [22](#)

Voyeurisme : [21](#)

Vulnérabilité narcissique : [220](#)

W

WAIS : [43](#)

Wechsler-Bellevue : [44](#), [165](#)

Wechsler (échelle de mémoire) : [43](#)

Wernicke :

- (aphasie de) : [239](#), [307](#), [310](#)
- (hallucinoze des buveurs) : [232](#)

X - Y

XANAX® : 239, 307, 310

YOHIMBINE® : 119

Z

Zinc : 202

ZOLOFT® : 92, 118

Zolpidem : 306, 309

Zopiclone : 306, 309

Zuclopenthixol : 292, 293

ZYPREXA® : 292

Bibliographie

Ouvrages généraux

- De Clérambault : « Œuvres psychiatriques », PUF, 1942.
- Ey H., « Études psychiatriques », Tome I, II, III, Desclée de Brouwer, 1950, 1952, 1954.
- Guelfi et coll., « Psychiatrie », PUF, 1987.
- Hardy-Boylé M.C. : « Enseignement de Psychiatrie », Doin, 1986.
- Jaspers K. : « Psychopathologie générale », Felix Alcan, 1933.
- Koupernic, Léo J.P., Zarifian H. : « Précis de psychiatrie », Flammarion, 1982.
- Lempérière T., Féline A. : « Psychiatrie de l'adulte », Masson, 1987.
- Lévy-Valensi J. : « Précis de psychiatrie », Baillière et fils, 1948.

Pathologies psychiatriques

- Adès J., Rouillon F. : « Les états névrotiques », Upjohn, 1992.
- Adès J., Lejoyeux M. : « L'alcoolisme en questions », Sanofi.
- Bleuler E. : « Dementia praecox ou groupe des schizophrénies », Traduction française, EPEL, 1993.
- Caroli F., Massé G., « Les situations d'urgence en psychiatrie », Doin, 1985.
- Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie :
 - . « Sémiologie de la dépression », Pichot et coll., 1992.
 - . « Confusion mentale », Azorin et coll., 1992.
 - . « Les altérations de la conscience de soi », Fallin, Azoulay, 1961.
 - . « Les déséquilibrés », Olié J.P., Caroli F., Gay C., 1984.
 - . « Les tests de projection de la personnalité chez l'adulte », N. Debieesse, M. Haddou-Spitzer, D. Imbert, 1994.
 - . « Loi du 27 juin 1990 », Mercuel A. Caroli F. et coll., 1993.
 - . « Psychoses maniaco-dépressives », Olié J.P. et coll., 1990.
 - . « Troubles de la sémantique », Racamier, 1955.
 - . « Troubles des conduites alimentaires », Agman G., Corcos M., Jeammet P., 1994.
- Howton K., Salkovskis A.M. et coll. : « Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems », Oxford Medical Publications, 1990.
- Israël L. : « L'hystérie, le sexe et le médecin », Masson, 1981.
- Kretschmer E. : « Paranoïa et sensibilité », PUF, 1963.
- Minkowski E. : « La schizophrénie », Payot, 1927.
- Pichot et coll. : « La maladie dépressive », CIBA, 1983.
- Racamier P.C. : « Les schizophrènes », PB Payot, 1983.
- DSMIIIr, Critères diagnostiques, trad. Guelfi et coll., Masson, 1989.

Psychopathologie

- Abraham N. et Torok M. : « L'écorce et le noyau », Flammarion, 1987.
- Bergeret J. : « La personnalité normale et pathologique », Dunod, 1990.
- Cahn R. : « Adolescence et folie », PUF, 1991.
- Freud S.
 - . « Névrose, psychose et perversion », PUF, 1974.
 - . « Cinq psychanalyses », PUF, 1975.
 - . « Pour introduire le narcissisme », In : « La vie sexuelle », PUF, 1985.
 - . « Métapsychologie », In Œuvres complètes, XIII, PUF, 1988.
- Golse B. : « Le développement affectif et intellectuel de l'enfant », Masson, 1989.
- Diatkine G. : « Les transformations de la psychopathie », PUF, 1983.

Hidden page

Hidden page



Hidden page

Hidden page

2
1
1
1

Hidden page

Collection Med-Line →

- Une collection de référence pour les praticiens, les étudiants en médecine, et les candidats au concours de l'internat.
- Une collection complète qui couvre l'ensemble des spécialités médicales, chirurgicales et psychiatrique.
- Des ouvrages régulièrement mis à jour, conçus par des chefs de clinique et internes des hôpitaux.
- Une approche efficace. Dans chaque chapitre, une première partie est consacrée à la physiopathologie, une deuxième partie envisage la séméiologie de manière concise et comparative. Enfin une troisième partie traite – de façon synthétique et actualisée – les explorations complémentaires et la thérapeutique.
- Des ouvrages clairs, pratiques, précis – adaptés aux nouvelles modalités des études de médecine et au nouveau programme de l'internat – qui constituent un réel outil de travail pour l'étudiant en médecine et le praticien.

ISBN 2 84371 094 4



9 782843 710940